POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA

DO SAMORZĄDOWEGO PRZEDSZKOLA W ANDRESPOLU

NA ROK SZKOLNY 2025/2026

Imiona i nazwiska rodziców/prawnego opiekuna

matka dziecka: ……………………….……………………………………………………………….

ojciec dziecka: …………………………………………………………………………….…………..

prawny opiekun:………………………………………….……………………………………………

potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………………(imię i nazwisko dziecka)

………………………………………………………………………………………………………….. (numer PESEL dziecka)

do Samorządowego Przedszkola w Andrespolu, do którego zostało zakwalifikowane i oświadczam, że dziecko będzie uczęszczało do przedszkola w roku szkolnym 2025/2026.

Andrespol, ............................... …........................................................ (data) podpis rodziców/prawnego opiekuna