

....., dnia

POTWIERDZENIE WOLI **zapisu dziecka do Przedszkola w Zespole Szkół w Staninie**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka) do Przedszkola w Zespole Szkół
w Staninie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2018/2019.

Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od..... do.....
oraz korzystanie w tym czasie z posiłków.
(podać ilość)

- Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Telefon kontaktowy

.....
podpis matki /prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola
przez rodziców prawnych opiekunów,.....

imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęta/y do Przedszkola w Zespole Szkół w Staninie na rok szkolny 2018/2019.

.....
pieczęć i podpis dyrektora