

....., 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 2019/2020.

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 2019/2020.

.....
pieczęć i podpis dyrektora

.....
*Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica /
prawnego opiekuna kandydata*

.....
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI zapisu dziecka do przedszkola/oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

do **Przedszkola Zespołu Szkół w Staninie**, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w przedszkolu/oddziale przedszkolnym w godzinach od do

.....
data podpisy rodziców/prawnych opiekunów