

....., 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 2020/2021.

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
opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego

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 2020/2021.

.....
pieczęć i podpis dyrektora