Skrzydlów, dnia ...................

.........................................................

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

........................................................

........................................................

(Adres do korespondencji)

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………......................................................................................................................

imię i nazwisko dziecka

………………………………………………………………………………………..

PESEL dziecka

…………………………………………………………………………………………

data urodzenia

do **Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. K. Makuszyńskiego**

**w Skrzydlowie,** do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych

w oddziale przedszkolnym w następujących godzinach:

od godz. …………………………. do godz. …………………………………

............................................... ..............................................

podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego