

Skrzydłów, 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 **Skrzydłowie**, 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