

Dratów, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego
w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Dratowie

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

nr pesel (dziecka)

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Dratowie, 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

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

(imię i nazwisko dziecka)

zostaje przyjęta/y do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Dratowie na rok szkolny 2019/2020.

.....
pieczęć i podpis dyrektora