

Szczytniki, dnia

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do Przedszkola Samorządowego w Szczytnikach

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

do Przedszkola Samorządowego w Szczytnikach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.
Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w Przedszkolu w następujących godzinach:

od godz. do godz.

Adres zamieszkania dziecka

.....

miejsowość, ulica, nr domu/mieszkania

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego

Decyzja dyrektora o przyjęcia/odmowie przyjęcia*

Uzasadnienie odmowy przyjęcia

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

Szczytniki, dnia

pieczętka i podpis dyrektora