

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica prawnego opiekuna

.....
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wole zapisu dziecka:

.....
Imię i nazwisko dziecka

do
nazwa oddziału przedszkolnego

- do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Grupa 5-godz. *

Grupa 10- godz. *

.....
Data

.....
podpisy rodziców/prawnych opiekunów

* Zaznaczyć X