Mała Nieszawka, dnia…………………………………

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka…………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko dziecka)

nr PESEL (dziecka)…………………………………………………………………………......................

do Przedszkola w Małej Nieszawce, które zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

Jednocześnie:

* Deklaruję czas pobytu w przedszkolu w godzinach od…………do…………
* Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  | Stopień pokrewieństwa | Telefon kontaktowy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca/ opiekuna prawnego

**ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA**

 W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do Przedszkola w Małej Nieszawce przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

 zostaje przyjęty do przedszkola na rok szkolny 2024/2025.

 …………………………………………………………
 (pieczęć i podpis dyrektora)