|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia przedszkole** | |
| Data złożenia |  |
| Podpis przyjmującego |  |

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

Imię i nazwisko

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

Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISANIA DZIECKA DO MIEJSKIEGO PRZEDSZKOLA NR 2 W GŁOWNIE**

Potwierdzam wolę zapisania dziecka:

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

(imię i nazwisko dziecka)

do Miejskiego Przedszkola Nr 2 w Głownie na rok szkolny 2024/2025, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z usług przedszkola w godzinach od …………. do ………… oraz z wyżywienia w ilości ………………. posiłków dziennie.

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

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie