Stara Kiszewa, dnia ……………………….

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

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI**

**przyjęcia dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę przyjecia mojego dziecka zakwalifikowanego do Przedszkola Samorządowego w Starej Kiszewie na rok szkolny 2023/2024.

Dane osobowe dziecka:

Imię i nazwisko dziecka .............................................................................................

Pesel ...............................................................................................................................

Miejsce zamieszkania .....................................................................................................

……………………………….. ………………………………….

Podpis matki/opiekuna prawnego Podpis ojca/opiekuna prawnego

Oświadczam, że w roku szkolnym 2023/2024 moje dziecko będzie korzystać z bezpłatnego transportu gminnego (dotyczy dzieci 5 letnich).

 TAK

 NIE

(prosimy zaznaczyć wybraną opcję)