………………………………………………………………………….

*(nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna)*

**POTWIERDZENIE WOLI**

**Zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Cielądzu**

Potwierdzam/my wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………………………………

*( nazwisko i imię dziecka)*

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Cielądzu gdzie zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2025/2026.

Jednocześnie:

* deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach
od …….…..….. do ……………

……………………………………… …….………………………………...……

*(data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka)*