

Dakowy Mokre, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej
w Dakowach Mokrych

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Dakowach Mokrych, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2025/2026.

Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od..... do.....
oraz korzystanie /nie korzystanie w tym czasie z posiłków.
(podać ilość)
- Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Telefon kontaktowy

.....
podpis matki /prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola przez rodziców prawnych opiekunów,.....
..... imię i nazwisko dziecka
zostaje przyjęta/y do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Dakowach Mokrych na rok szkolny 2025/2026.

.....
pieczęć i podpis dyrektora

