

.....
/imię i nazwisko dziecka/

Paszowice, dn.

.....
/imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/

.....
/imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/

.....
/adres zamieszkania/

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do Przedszkola Samorządowego

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
/imię i nazwisko dziecka/

.....
Numer PESEL dziecka

do Przedszkola Samorządowego w Paszowicach

do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025

.....
/miejscowość, data/

.....
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/

.....
/czytelny podpis rodzica/opiekuna/