

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA

DO PRZEDSZKOLA MIEJSKIEGO NR/

ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR¹

..... W ŚWINOUJŚCIU

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko kandydata) (data urodzenia)

zakwalifikowanego do Przedszkola Miejskiego nr/oddziału przedszkolnego w Szkole
Podstawowej nr² w Świnoujściu na rok
szkolny r.

.....
Data

.....
Czytelny podpis
rodzica/opiekuna prawnego dziecka

¹ niepotrzebne skreślić
² niepotrzebne skreślić