

Wypełnia przedszkole	
Data złożenia	
Podpis przyjmującego	

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISANIA DZIECKA
DO MIEJSKIEGO PRZEDSZKOLA NR 2 W GŁOWNIE**

Potwierdzam wolę zapisania dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do Miejskiego Przedszkola Nr 2 w Głownie na rok szkolny 2024/2025, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z usług przedszkola w godzinach od do oraz z wyżywienia w ilości posiłków dziennie.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie