………………………………………………………………………………………

*Imię i Nazwisko wnioskodawcy (rodzic lub prawny opiekun dziecka)*

………………………………………………………………………………………

*Adres do korespondencji* w *sprawach rekrutacji*

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(imię i nazwisko dziecka)* |  | *PESEL dziecka* |

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. bł. Celestyny Faron w Zabrzeży, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w przedszkolu w godzinach od ………….…… do ……….………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………….……………. |  | ………………………………………………….……………. |
| *(miejscowość, data)* |  | *(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)* |