………………………………….

data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……………………………………….

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

do Przedszkola Samorządowego im. Jana Pawła II w Staszkówce do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w przedszkolu w następujących godzinach:

od godz. 7:45 do godz. 12:45

**Adres zamieszkania dziecka**

…………………………………………………………….

 ulica, nr domu/nr mieszkania

 ............................................... ..............................................

 podpis matki podpis ojca

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Decyzja dyrektora o przyjęciu/odmowie przyjęcia dziecka \***

Uzasadnienie odmowy przyjęcia

………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………..

 pieczątka i podpis dyrektora