

**POTWIERDZENIE WOLI UCZĘSZCZANIA DZIECKA
DO PRZEDSZKOLA**

Niniejszym potwierdzam wolę zapisu dziecka do przedszkola/oddziału
przedszkolnego od dnia 1 września 2020 r.

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

Deklaruję potrzebę przebywania dziecka w przedszkolu w godzinach: od do

.....
czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)

Kontakt: spkrol@wp.pl

tel.: 23 661 29 60

tel.: 693 396 534