Jakubowice Konińskie , dnia …………………….

…………………………………………………………

*Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych\**

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA**

 **DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

**………………………………………………………………………….…………**

( imię i nazwisko dziecka )

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

( numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Joachima Lelewela w Jakubowicach Konińskich.

Wstępnie deklaruję/my, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w przedszkolu w następujących godzinach: od godz. ………………do godz. …………….…

 …….....…………………….. .………………………….

 Podpis matki/ opiekuna prawnego Podpis ojca/ opiekuna prawnego