

.....
Imię i Nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

.....

.....
Adres zamieszkania

.....
numer telefonu

.....
adres mail

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA
DO SAMORZĄDOWEGO PRZEDSZKOLA W MAGNUSZEWIE**

Ul. Bohaterów Września 10, 26-910 Magnuszew

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....
(Imię i nazwisko kandydata)

zakwalifikowanego do Samorządowego Przedszkola w Magnuszewie na rok szkolny 2021/2022 r.

Deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych
w przedszkolu w godzinach oddo

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy-
rodzica/ prawnego opiekuna dziecka