

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

**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

na rok szkolny 2020/2021 r.

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

.....
Data

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

* - wpisać nazwę przedszkola/szkoły

Wpłynęło dnia..... (podpis osoby przyjmującej kartę)
--