

.....
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 2025/2026r.

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

w godzinach:

od do

.....
Data

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