……, dnia …….

……..……..……

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna
składającego potwierdzenie)

……..
adres poczty mailowej / nr telefonu
(zgodny z podanym we wniosku o przyjęcie do przedszkola)

Dyrektor

Przedszkola/

Przedszkola z Oddziałami Specjalnymi/

Przedszkola w ZSP

w …….

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DO PRZEDSZKOLA / PRZEDSZKOLA Z ODDZIAŁAMI SPECJALNYMI /

W ROKU SZKOLNYM 2025/2026*

Potwierdzam wolę przyjęcia mojej/ego córki/syna ……

(imię i nazwisko dziecka)

do Przedszkola/ Przedszkola z Oddziałami Specjalnymi/ w ……... w roku szkolnym 2025/2026, w czasie …… godzin dziennie, od godziny …… do godziny ……. z ……. posiłkami dziennie.

…….

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

**** termin złożenia potwierdzenia - od 1.04.2025 r. do 9.04.2025 r. do godz. 15.00***