

....., 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 2024/2025*

Potwierdzam wolę przyjęcia mojej/ego córki/syna

(imię i nazwisko dziecka)

do Przedszkola/ Przedszkola z Oddziałami Specjalnymi/ w

..... w roku szkolnym 2024/2025, w czasie

godzin dziennie, od godziny do godziny

z posiłkami dziennie.

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

*** termin złożenia potwierdzenia - od 24.04.2024 r. do 06.05.2024 r. do godz. 15.00**