.................................................................. …………………………………….

Imię i nazwisko wnioskodawcy –rodzica Miejscowość, data

/prawnego opiekuna kandydata

...........................................................................

adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

……………………………………………….

telefon kontaktowy

**POTWIERDZENIE WOLI**

**przyjęcia dziecka do
Przedszkola Publicznego w Kielanówce**

**na rok szkolny 2024/2025**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

……………………………………………………………………………………………………………………….
Imię i nazwisko dziecka

……………………………………………………………………………….………………………………………

Numer PESEL

do Przedszkola w Kielanówce, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

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

……………………..……………….. ………………………………………………
 Data podpisy rodziców/prawnych opiekunów

\* - niepotrzebne skreślić