

Skarżysko – Kamienna, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

POTWIERDZENIE WOLI przyjęcia dziecka do przedszkola w roku szkolnym 202..../202....

Potwierdzam wolę zapisu dziecka: (wypełnić drukowanymi literami)

.....
imię (imiona) i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

do Przedszkola Publicznego nr 6 w Skarżysku - Kamiennej, ul. Kossaka 5, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Dziecko będzie przebywać w przedszkolu w godzinach od do

łącznie godzin, w tym godziny ponad podstawę programową i korzystać

z wyżywienia w liczbie posiłków: (proszę zaznaczyć właściwe)

śniadanie ☐

obiad ☐

podwieczorek ☐

.....
podpis(y) rodzica(ów) / opiekuna(ów)