

Siemianice,

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy
-rodzica/prawnego opiekuna kandydata

.....

.....
adres do korespondencji

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego
w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Siemianicach

Potwierdzam wolę zapisu dziecka :

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

które zostało zakwalifikowane do przyjęcia. Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w godzinach od do

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna