Krynice, dn………………………….

………………………………………………………….

…………………………………………………………. (imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

………………………………………………….………..

…………………………………………………………...

……………………………………….………………….. (adres zamieszkania i tel. kontaktowy)

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do przedszkola

# Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

# do Przedszkola Publicznego im. Marii Kaczyńskiej w Krynicach do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/25.

………………………………………………….

………………………………………………….

podpisy rodziców/prawnych opiekunów