Słotwina, dnia ………………….

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Przedszkola w Słotwinie**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko dziecka)

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Nr PESEL dziecka

do Przedszkola w Słotwinie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

Jednocześnie:

* Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od \_\_\_\_ do \_\_\_\_
 oraz korzystanie w tym czasie z posiłków.
* Dodatkowe informacje o dziecku (np. stan zdrowia, orzeczenie lub opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej, potrzeba szczególnej opieki, stosowana dieta, alergie, zalecenia lekarskie, itp.)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

podpis matki /prawnego opiekuna podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do Przedszkola przez rodziców/ prawnych opiekunów

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

 ( imię i nazwisko dziecka)

zostaje przyjęta/y do Przedszkola w Słotwinie na rok szkolny 2024/2025.

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

 pieczęć i podpis dyrektora