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 2025/2026.

Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od ____ do ____ oraz korzystanie w tym czasie z posiłków:

Posiłki[1]			
Śniadanie i obiad		Pełne wyżywienie	

- 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 2025/2026.

….....
pieczęć i podpis dyrektora

[1] Wybrane wyżywienie zaznaczyć znakiem „X”