

Lejkowo , dnia

POTWIERDZENIE WOLI

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im.Kazimierza Górskiego
w Lejkowie**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

NR PESEL (dziecka)

do oddziału przedszkolnego **w Szkole Podstawowej im. Kazimierza Górskiego w Lejkowie** ,
do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia **na rok szkolny 2024/2025.**

Jednocześnie:

✓ Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od..... do

✓ Korzystanie w tym czasie z posiłków

TAK

NIE

.....

podpis matki dziecka

.....

podpis ojca dziecka

ADNOTACJA DYREKTORA SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. KAZIMIERZA GÓRSKIEGO W LEJKOWIE

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego przez rodziców dziecko zostaje przyjęte do oddziału przedszkolnego **w Szkole Podstawowej im. Kazimierza Górskiego w Lejkowie** na rok szkolny 2024/2025.

.....

data i podpis dyrektora