

Libiąż, dnia.....

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do przedszkola

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer PESEL dziecka

do Przedszkola Samorządowego nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi w Libiążu, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego

.....
imię i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego