

Bukowa, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Bukowie

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka)

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej II w Bukowie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w oddziale przedszkolnym w godzinach od..... do.....
- Upoważniam/y do odbioru dziecka z oddziału przedszkolnego poniższe osoby:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Telefon kontaktowy

.....
podpis matki /prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

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

.....
imię i nazwisko dziecka
zostaje przyjęta/y do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Bukowie na rok szkolny 2024/2025.

.....
pieczęć i podpis dyrektora