Lędziny, dn. ……………………………

…………………………………………

 (imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica/prawnego opiekuna kandydata)

…………………………………………

 (adres do korespondencji w sprawach rekrutacji)

…………………………………………

**POTWIERDZENIE WOLI
UCZĘSZCZANIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

Potwierdzam, że:

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

w roku szkolnym 2024/2025 będzie uczęszczała/uczęszczał do oddziału przedszkolnego
w Miejskim Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi Nr 2 w Lędzinach w deklarowanym we wniosku o przyjęcie dziecka do przedszkola w czasie pobytu w godzinach
od ……………… do ……………….. .

Matka (opiekun prawny) …………………………………………………..

 (nazwisko i imię)

Ojciec (opiekun prawny) …………………………………………………..

 (nazwisko i imię)

…………………………………………………………………………………………………

(poświadczenie o przyjęciu dziecka: data, pieczęć przedszkola)