

Podjazy,
data

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

.....
nr tel.

OŚWIADCZENIE

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO przy SZKOLE PODSTAWOWEJ W PODJAZACH

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....
imię i nazwisko kandydata, PESEL kandydata

do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Podjazach, Podjazy 16, 83-320
Sulęcyno na rok szkolny **2024/2025**

.....
podpis Wnioskodawcy

Oświadczenie potwierdzenia woli przyjęcia składają rodzice kandydatów zakwalifikowanych **w terminie od dnia 23 marca 2024 r. do 03 kwietnia 2024 r.** zgodnie zarządzeniem nr 9/2024 Wójta Gminy Sulęcyno z dnia 24 stycznia 2024 r. w sprawie ustalania terminów postępowania rekrutacyjnego oraz postępowania uzupełniającego do publicznych przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych i szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Sulęcyno, wydanego na podstawie art.30 ust. 1 ustawy z n 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 z późn. zm) oraz art. 154 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 z późn. zm)