**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA**

**WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………….

 ( imię i nazwisko dziecka )

**Do Zespołu Szkolno – Przedszkolnego Gminne Przedszkole w Krasnem, do którego zostało zakwalifikowane na rok szkolny 2024/25**

**Pesel**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| W przypadku braku numeru PESEL należy podać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |

**Dziecko:**

 **wymaga snu w czasie dnia**

**nie wymaga snu w czasie dnia**

( proszę zakreślić właściwą odpowiedź )

………………………………………………… …………………………………………………

 ( podpis matki / opiekuna prawnego ) ( podpis ojca / opiekuna prawnego )

Krasne, ……………………………………………………………..

 (data )