Dynów, dnia ……………………………..

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

Imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do Przedszkola Miejskiego w Dynowie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

 …………………………… ………………………………….

podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego