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 1 w Lędzinach.

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

 (nazwisko i imię)

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

 (nazwisko i imię)

 …………………………………………

 (Podpis Rodzica/prawnego opiekuna)

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

(poświadczenie o przyjęciu dziecka: data, pieczęć przedszkola)