

Gąbin, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Gąbinie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Marii Konopnickiej w Gąbinie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Czas pracy Oddziału Przedszkolnego: 6:00-17:00.

Oświadczam, że dziecko będzie korzystać z usług świadczonych przez Oddział Przedszkolny w godzinach/
wpisać godziny/ od godz. do godz.

Deklarowane posiłki: śniadanie ☐ obiad ☐ podwieczorek ☐

.....

podpis matki/opiekuna prawnego

.....

podpis ojca/opiekuna prawnego