Gąbin, dnia ...............................................

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Gąbinie**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w 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*