…….
Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna

……
Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna

OŚWIADCZENIE

POTWIERDZAJĄCE WOLĘ PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA W GOŁASZYNIE

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego /naszego/ dziecka ……
(imię i nazwisko dziecka)

na rok szkolny 2024/2025 do Przedszkola w Gołaszynie, do którego zostało zakwalifikowane na: 5 godzin,6 godzin, 7 godzin, 8 godzin.*

Gołaszyn, dnia …….. …….
(podpis matki/prawnego opiekuna)

Gołaszyn, dnia ……. ……
(podpis ojca/prawnego opiekuna)

*podkreśl odpowiednią liczbę godzin