

Strzelewo, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej
im. Komisji Edukacji Narodowej w Strzelewie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
Imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

.....
miejsce urodzenia dziecka

do **oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Strzelewie**, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w oddziale przedszkolnym w następujących godzinach:

od godz. do godz.

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego

ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA	ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA
..... * miejsowość * ulica, nr domu/nr mieszkania miejsowość ulica, nr domu/nr mieszkania

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego

Decyzja dyrektora o przyjęciu/odmowie przyjęcia*

Uzasadnienie odmowy przyjęcia

.....
.....
.....
.....

.....
Pieczętka i podpis dyrektora

Strzelewo, dnia

*niepotrzebne skreślić