Brzozów, dnia .....................

POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA
WOLI ZAPISU DZIECKA

DO PRZEDSZKOLA SAMORZĄDOWEGO NR 2
Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI
IM. MARII KONOPNICKIEJ W BRZOZOWIE

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka:

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

imię i nazwisko dziecka

numer PESEL dziecka

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

do Przedszkola Samorządowego nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi
im. Marii Konopnickiej w Brzozowie,
 do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

………………………………… …………………………………

 matka/opiekun prawny ojciec/opiekun prawny