Nowe Iganie, dnia …...........................

**POTWIERDZENIE WOLI**

**uczęszczania dziecka do oddziału przedszkolnego
w Szkole Podstawowej w Nowych Iganiach**

 Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka …................................................................................................................................................

(imię i nazwisko dziecka)

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

 nr pesel (dziecka)

do Publicznego Przedszkola w Nowych Iganiach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2019/2020.

* Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

 podpis matki /prawnego opiekuna podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

 W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola przez rodziców/ prawnych opiekunów, ...........................................................

 (imię i nazwisko dziecka)

zostaje przyjęta/y do Publicznego Przedszkola w Nowych Iganiach na rok szkolny 2019/2020.

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

 pieczęć i podpis dyrektora