…………………………………………………

 miejscowość, data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola**

**na rok szkolny 2024/2025**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

………………………………………………………………………………………………

nazwisko i imię dziecka

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

nr PESEL dziecka

do Przedszkola Miejskiego nr 3 w Chojnowie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

…………………………………………. …………………………………………..

 podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego