

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Data wpływu

.....
Adres zamieszkania lub do korespondencji

.....
Numery telefonów kontaktowych rodziców/ opiekunów prawnych

**Przedszkole Publiczne nr 1 im. Dobrego Serca w Czeladzi
ul. Profesora Henryka Czeczotta 4
41-250 Czeladź**

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA

Potwierdzam wolę przyjęcia

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do Przedszkola Publicznego nr 1 im. Dobrego Serca w Czeladzi na rok szkolny 2024/2025.

Godziny pobytu dziecka w przedszkolu: od do z posiłkami.

.....
data

.....
czytelny podpis Rodzica/ Opiekuna prawnego