**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola/oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……………………………………………………………………………………

Imię i Nazwisko dziecka

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

Pesel dziecka

Do oddziału przedszkolnego przy SP im. Błogosławionego ks. Jana Nepomucena Chrzana w Gostyczynie do którego zostało zakwalifikowane.

Deklaruję pobyt dziecka w placówce:

⬜ Pobyt do 5 godzin (bezpłatnie w godzinach: …… -.……)

⬜ Pobyt powyżej 5 godzin (płatne 1zł za każdą godzinę)

1. Godziny pobytu dziecka w placówce: od ................... do .....................
2. Posiłki: obiad ⬜

Dodatkowo dołączam informacje o dziecku (np. stan zdrowia, orzeczenie lub opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej, potrzeba szczególnej opieki, stosowana dieta, zalecenia lekarskie, itp.)

tak ⬜ nie ⬜

Gostyczyna, dnia **........................ ................................................**

(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

**Przyjęcie potwierdzenia woli zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

**...........................................................**

(*podpis dyrektora przedszkola*)

⬜ zaznaczyć x przy właściwej pozycji