

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: 8.00 – 13.00)

Pobyt powyżej 5 godzin (płatne 1zł za każdą rozpoczętą 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)

zaznaczyć x przy właściwej pozycji