Wyszków, ...............................................

# POTWIERDZENIE WOLI

**zapisu dziecka do przedszkola**

Niniejszym potwierdzam(y) chęć korzystania od 1 września 2024 r. z usług
**Przedszkola nr 7 w Wyszkowie** świadczonych na rzecz mojego/naszego dziecka:

|  |
| --- |
| Dane identyfikacyjne dziecka |
| Imię/imiona |  |
| nazwisko |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data urodzenia | dzień | miesiąc | rok |
| miejsce urodzenia |  |
| adres |  |

Dane rodzica/opiekuna:

|  |
| --- |
| **Dane identyfikacyjne opiekunów/rodziców** |
| Imię/imiona |  |  |
| nazwisko |  |  |
| telefon kontaktowy |  |  |
| stopień pokrewieństwa |  |  |
| adres |  |  |

Informacje o rodzeństwie dziecka, obecnie uczęszczającego do placówki: PESEL………………………………………………..

**Dziecko będzie uczęszczało do przedszkola w godzinach** ………………………………

*…………………………………………….. ……………………………………………….*

*(podpis matki / opiekuna prawnego) i/lub (podpis ojca / opiekuna prawnego)*

|  |
| --- |
| **Decyzja dyrektora przedszkola**o przyjęciu\* dziecka …………………………………………………………………………..o odmowie\* przyjęcia dziecka ……………………………………………………………….…………………………………….. **pieczątka i podpis dyrektora**Wyszków,………………………….\*niepotrzebne skreślić |