POTWIERDZENIE WOLI

# uczęszczania do przedszkola

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2025/2026 do

Gminnego Przedszkola w Zespole Szkolno -Przedszkolnym

 w Owińskach

dziecka, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem.

imię i nazwisko dziecka

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

Nr PESEL dziecka

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… adres zameldowania dziecka (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

………………………………………………………… …………….…………………………………………….

podpis matki/opiekuna prawnego 1 podpis ojca/opiekuna prawnego 2

Miejscowość, data ………………………………………………………………………..