

Frydrychowice ,dn.

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres do korespondencji)

Dyrektor Przedszkola
w Zespole Szkolno Przedszkolnym
im. Jana Brzechwy we
Frydrychowicach

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola

Potwierdzam wolę przyjęcia
(imię i nazwisko kandydata)

do Przedszkola w Zespole Szkolno - Przedszkolnym im. Jana Brzechwy we
Frydrychowicach na rok szkolny 2024/2025.

Deklaruję udział dziecka w zajęciach w godzinach zawartych w karcie zapisu.

.....
(podpis matki/1 opiekuna)

.....
(podpis ojca/2 opiekuna)