.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....

.....

(adres zamieszkania)

Oddział Przedszkolny przy Szkole Podstawowej

im. płk Ludwika Głowackiego w Janowie

Komisja Rekrutacyjna

OŚWIADCZENIE WOLI ZAPISANIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ IM.PŁK LUDWIKA GŁOWACKIEGO W JANOWIE

Potwierdzam wolę zapisania dziecka (imię i nazwisko) ..... do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. płk Ludwika Głowackiego w Janowie, do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia przez Komisję Rekrutacyjną powołaną przez Dyrektora w/w szkoły. Jednocześnie deklaruję, iż dziecko uczęszczać będzie w godzinach od ..... do ..... (oddział przedszkolny czynny jest w godzinach 8.00-13.00).

.....

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna