

Bystrzejowice Pierwsze, dnia

POTWIERDZENIE WOLI

**zapisu dziecka do Przedszkola w Zespole Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych
im. Heleny Babisz**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
imię i nazwisko dziecka

ur. dnia

do przedszkola, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w postępowaniu
rekrutacyjnym na rok szkolny 2024/2025.

.....
podpis matki/prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

**ADNOTACJA DYREKTORA ZESPOŁU SZKÓŁ W BYSTRZEJOWICACH PIERWSZYCH
IM. HELENY BABISZ**

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka
do przedszkola przez rodziców/prawnych opiekunów

.....
imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęty/-a do Przedszkola Zespołu Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych
na rok szkolny 2024/2025.

.....
pieczęć i podpis dyrektora