

Godowa, dnia

.....

.....

(imię i nazwisko rodzica/rodziców
/opiekunów prawnych)

.....

.....

(adres zamieszkania)

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

Data i miejsce urodzenia

do Przedszkola Publicznego w Godowej do którego zostało
zakwalifikowane do przyjęcia.

.....

Data i podpis dyrektora

.....

Podpis rodzica