

.....
Nazwisko i imię rodzica dziecka

Sławków dnia.....

.....
Adres

.....
Telefon

Sz. P.
Dyrektor Miejskiego Przedszkola w Sławkowie

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/ mojego syna

..... do Miejskiego Przedszkola w
Nazwisko i imię dziecka

Sławkowie na rok szkolny 2024/2025

.....
Podpis rodzica dziecka/ opiekuna prawnego/
osoby sprawującej pieczę zastępczą