

.....

.....

Imiona i nazwiska rodziców

.....

.....

Adres do korespondencji

Dyrektor Przedszkola Miejskiego nr 4

w Piastowie

**Pisemne potwierdzenie woli rodziców zapisu dziecka do przedszkola, do którego
dziecko zostało zakwalifikowane**

Wyrażam wolę zapisu mojego dziecka
imię i nazwisko dziecka

do Przedszkola Miejskiego nr4 w Piastowie, w którym zostało zakwalifikowane w roku
szkolnym 2025/26.

.....

/ data /

1.

2.

/ podpis rodziców/