……. Piastów dn. …….

Imię i nazwisko – rodzica

……

……

Adres do korespondencji

Dyrektor Przedszkola Miejskiego nr 1

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 nr 1 w Piastowie, w którym zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 2019/2020

..... **.....**

Data Czytelny podpis rodziców