………………………………………….

………………………………………….

 Imiona i nazwiska rodziców

……………………………………………

……………………………………………

 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 2024/25.

 ……………………………….. 1. ……………………………………….

 / data /

 2. ……….………………………………

 / podpis rodziców/