

.....
Imię i Nazwisko Rodzica / Prawnego Opiekuna

.....
Adres zamieszkania

Dyrektor Przedszkola.....

Potwierdzenie woli korzystania z usług przedszkola

Potwierdzam, że moja/mój córka/syn.....
Imię i Nazwisko Dziecka

w roku szkolnym 2017/2018 będzie korzystał (a) z usług Przedszkola Samorządowego nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi w Kielcach.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/ / prawnego opiekuna