

.....  
miejsowość i data

## POTWIERDZENIE przez rodziców kandydata woli przyjęcia

Potwierdzamy wolę zapisu dziecka:

| DANE DZIECKA  |  |
|---|--|
| Nazwisko  |  |
| Imię (imiona)   |  |
| Data urodzenia  |  |
| Miejsce urodzenia/<br>województwo   |  |
| Adres zamieszkania  |  |
| Adres zameldowania  |  |
| PESEL<br>(w przypadku braku PESEL seria i nr<br>paszportu lub innego dokumentu<br>potwierdzającego tożsamość) |  |

do .....,  
(nazwa przedszkola)

**do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia  
w roku szkolnym 2018/2019**

.....  
Podpis – Imię i nazwisko Matki/ Opiekunki Prawnej

.....  
Podpis – Imię i nazwisko Ojca/ Opiekuna Prawnego