.......................................... ..........................................

 Imię i nazwisko rodzica Miejscowość, data

.............................................

 Adres

 Sz. P.

 Iwona Ochocka

 Dyrektor Publicznego Przedszkola Nr 9

W Policach

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna\*........................................... (imię i nazwisko dziecka) do Publicznego Przedszkola Nr 9 w Policach na rok szkolny 2020/2021 .

...............................

 podpis rodzica

 Zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

 ………………………………..

 podpis rodzica

\*Niepotrzebne skreślić