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

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