Gmina i Miasto
Nowe Skalmierzyce

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do przedszkola/oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

Imię i nazwisko dziecka

Pesel dziecka

Do przedszkola/oddziału przedszkolnego.....

..... do którego zostało zakwalifikowane.

Deklaruję pobyt dziecka w placówce:

Pobyt do 5 godzin (bezpłatnie w godzinach: 8:00-13:00)

Posiłki: śniadanie ☐ obiad ☐

Pobyt powyżej 5 godzin (płatne 1zł za każdą godzinę od 5:30- 8:00 i od 13:00- 17:30)

1) Godziny pobytu dziecka w placówce: od ..... do .....
2) Posiłki: śniadanie ☐ obiad ☐ podwieczorek ☐

Dodatkowo dołączam informacje o dziecku (np. stan zdrowia, orzeczenie lub opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej, potrzeba szczególnej opieki, stosowana dieta, zalecenia lekarskie, itp.)

tak ☐ nie ☐

…….…….. , dnia **.....** **.....**

(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

Przyjęcie potwierdzenia woli zapisu dziecka do przedszkola/oddziału przedszkolnego

.....

(*podpis dyrektora przedszkola)*