............................................................. Klonowa, dnia ………………………..

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE WOLI RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA DZIECKA   
DO PRZEDSZKOLA PUBLICZNEGO IM. KS. J. DALAKA W KLONOWEJ**

W związku z zakwalifikowaniem mojego dziecka

….………………………..……………………………………………………….…………………………………………………………

( imię i nazwisko dziecka)

ur. ……………….……… w …………………….…………………… do Przedszkola Publicznego w Klonowej

od 01.09.2024 r., oświadczam, że wyrażam wolę przyjęcia dziecka do Przedszkola

Publicznego w Klonowej.

…………………………………………………..………

czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego

……………………………………….…………………

czytelny podpis ojca/ opiekuna prawnego

Oświadczenie należy złożyć w terminie: 18 marca 2024 r. do godz. 15.30 w sekretariacie Zespołu

Szkół w Klonowej