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

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(imie i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE WOLI RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

**DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA PUBLICZNEGO W KLONOWEJ**

W związku z zakwalifikowaniem mojego dziecka

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

( imię i nazwisko dziecka)

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

od 01.09.2025 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: do 17 marca 2025 r. do godz. 15.30 w sekretariacie Zespołu

Szkół w Klonowej