

## OŚWIADCZENIE

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodz. ....

PESEL .....

do Przedszkola Samorządowego w Bolechowicach w roku szkolnym 2024/2024

Oświadczam, że moje dziecko będzie korzystało z usług przedszkola w godzinach

od ..... do .....

**W razie rezygnacji zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Dyrektora Przedszkola**

.....  
*Data*

.....  
*podpis rodzica/ opiekuna prawnego*

## OŚWIADCZENIE

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodz. ....

PESEL .....

do Przedszkola Samorządowego w Bolechowicach w roku szkolnym 2024/2025

Oświadczam, że moje dziecko będzie korzystało z usług przedszkola w godzinach

od ..... do .....

**W razie rezygnacji zobowiązuję się do bezzwłocznego powiadomienia Dyrektora Przedszkola**

.....  
*Data*

.....  
*podpis rodzica/ opiekuna prawnego*