



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)