Rybnik dnia …………………………………………

…………………………………………………….

 (imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego)

…………………………………………………….

 (adres zamieszkania)

…………………………………………………..

…………………………………………………….

 (imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego)

…………………………………………………….

 (adres zamieszkania)

…………………………………………………..

 Dyrektor

Przedszkola z Oddziałami Integracyjnymi nr 17

 im. Jana Brzechwy w Rybniku

 Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka ………………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

do Przedszkola z Oddziałami Integracyjnymi nr17 im. Jana Brzechwy w Rybniku
 na rok szkolny 2022/2023.

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na uczęszczanie mojego dziecka do grupy integracyjnej.

…………………………………………………… ………………………………………………… ( podpis ojca/opiekuna prawnego) ( podpis matki/opiekuna prawnego)