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)