

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 nr 17 im. Jana Brzechwy w Rybniku
na rok szkolny 2024/2025.

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

.....
(podpis ojca/opiekuna prawnego)

.....
(podpis matki/opiekuna prawnego)