

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
W GMINNYM PRZEDSZKOLU W ISTEBNIEJ
ROK SZKOLNY 2024/2025

.....
(imię i nazwisko wnioskodawców
- rodziców/ prawnych opiekunów kandydata)

.....
(adres i nr tel. do korespondencji w sprawie rekrutacji)

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

NUMER PESEL DZIECKA

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

do Gminnego Przedszkola w Istebnej, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
(podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

.....
Istebna, dnia

DECYZJA DYREKTORA O PRZYJĘCIU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Po rozpatrzeniu wniosku/deklaracji i sprawdzeniu złożonych dokumentów przez rodziców/prawnych opiekunów, przyjmuję dziecko: do Gminnego Przedszkola w Istebnej od dnia

.....
(pieczętka i podpis dyrektora)