…………………………………………….. Mysłakowice, dnia ……………………

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

DYREKTOR

PRZEDSZKOLA PUBLICZNEGO

W MYSŁAKOWICACH

OŚWIADCZENIE

dotyczy : przyjęcia dziecka do Przedszkola Publicznego w Mysłakowicach

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego syna / mojej córki ……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

do Przedszkola Publicznego w Mysłakowicach od miesiąca września 2019r.

………………………………………………….

Podpis wnioskodawcy