…………………………………………….. 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 2018r.

………………………………………………….

Podpis wnioskodawcy