Lędziny, dn. …………………………..

……………………………………………………………..

(imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica/prawnego opiekuna kandydata)

……………………………………………………………………………….…………

(adres do korespondencji w sprawach rekrutacji)

………………………………………………………………

**POTWIERDZENIE WOLI   
UCZĘSZCZANIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

Potwierdzam, że:

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

w roku szkolnym 2016/2017 będzie uczęszczała/uczęszczał do oddziału przedszkolnego w Miejskim Przedszkolu z Oddziałami Integracyjnymi Nr 2 w Lędzinach w deklarowanym we wniosku o przyjęcie dziecka do przedszkola w czasie pobytu w godzinach od ……………… do ……………….. .

Matka (opiekun prawny) …………………………………………………..

(nazwisko i imię)

Ojciec (opiekun prawny) …………………………………………………..

(nazwisko i imię)

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

(poświadczenie o przyjęciu dziecka: data, pieczęć przedszkola)