

Kielce, dnia

.....
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego

.....
Dane kontaktowe

Dyrektor
Przedszkola Samorządowego nr
w Kielcach

Potwierdzenie woli korzystania z usług przedszkola

Potwierdzam, że moja córka/podopieczna /mój syn/podopieczny
Imiona i nazwisko dziecka

zameldowana/-y w
(adres zameldowania)

w roku szkolnym 2019/2020 będzie korzystał(a) z usług Przedszkola Samorządowego nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi w Kielcach.

.....
Podpis matki/opiekuna prawnego

.....
Podpis ojca/opiekuna prawnego