**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

**w roku szkolnym 2025/2026**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………………………………….

Imię i Nazwisko dziecka

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

Pesel dziecka

**Do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Marii Konopnickiej w Droszewie**

Deklaruję pobyt dziecka w placówce:

⬜ Pobyt do 5 godzin (bezpłatnie w godzinach: 8.00 – 13.00)

⬜ Pobyt powyżej 5 godzin (płatne 1zł za każdą rozpoczętą godzinę)

1. Godziny pobytu dziecka w placówce: od ................... do .....................
2. Posiłki: obiad ⬜

Dodatkowo dołączam informacje o dziecku (np. stan zdrowia, orzeczenie lub opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej, potrzeba szczególnej opieki, stosowana dieta, zalecenia lekarskie, itp.)

tak ⬜ nie ⬜

Droszew, dnia........................ ................................................

(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

**Przyjęcie potwierdzenia woli zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

...........................................................

(*podpis dyrektora*)

⬜ zaznaczyć x przy właściwej pozycji