**OŚWIADCZENIE WOLI**

**edukacji przedszkolnej w roku szkolnym 2024/25**

Potwierdzam wolę edukacji przedszkolnej w roku szkolnym 2024/25
w Przedszkolu Publicznym „Naszych Dzieci” z Oddziałami Integracyjnymi

przez moje/nasze dziecko:

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

Imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

………………………………………………………….

 miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania dziecka: …………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

Adres zameldowania dziecka: ………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

Deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w przedszkolu w następujących godzinach: (placówka czynna 6:30-17:00)

od godz. …………………………. do godz. …………………………………

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

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego.