



PRZEDSZKOLE NR 5 IM. PRZYJACIÓŁ BOHATERÓW BAJEK

www.p5.laziska.pl

43-170 Łaziska Górne, Chopina 1, tel. (32) 22 41 039

e-mail: p5laziska@o2.pl NIP 635-16-37-039

Regon 272001572

Łaziska Górne, dnia

.....
(nazwisko i imię rodzica)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE WOLI

potwierdzające przez rodziców kandydata wolę korzystania z usług przedszkola

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

..... ur. PESEL

na rok szkolnym 2019/2020 do Przedszkola nr 5 im. Przyjaciół Bohaterów Bajek w Łaziskach Górnych, do którego zostało zakwalifikowane.

Oświadczam, że dane zawarte we Wniosku o przyjęcie dziecka do przedszkola nie uległy zmianie.

W przypadku zmiany danych zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Dyrektora przedszkola.

Rodzic oświadcza, że dziecko będzie przebywało w przedszkolu od godz. do godz., tj. godzin dziennie.

Dziecko będzie korzystało z następujących posiłków: śniadanie, obiad, podwieczorek/*niepotrzebne skreślić*

Rodzic zobowiązuje się do przyprowadzania dziecka najpóźniej do godz. 8.20.

.....
(Podpis matki /opiekunki prawnej dziecka)

.....
(Podpis ojca /opiekuna prawnego dziecka)