

.....
Imię i nazwisko rodziców

.....
adres zamieszkania

Oświadczenie woli

Potwierdzam, że moje dziecko.....
od 01.09. 2021 będzie uczęszczało do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej
im. Jana Pawła II w Michałowicach w godzinach:

Godziny pobytu	Poniedziałek*	Wtorek*	Środa*	Czwartek*	Piątek*
(od... do....)					

*proszę wpisać godziny pobytu dziecka w Oddziale Przedszkolnym w poszczególnych dniach

Michałowice dnia.....

.....

(podpis rodzica)