

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica kandydata

.....
Adres
.....

Dyrektor

Guzikowej Krainy Przedszkola
Samorządowego w Sochocinie

Potwierdzenie przez rodzica kandydata woli przyjęcia

Potwierdzam, że moja/mój córka/syn biorący udział w rekrutacji

.....
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

w roku szkolnym 2024/2025 będzie realizował wychowanie przedszkolne w Guzikowej Krainie Przedszkolu Samorządowym w Sochocinie.

.....
Data

.....
Czytelny podpis rodzica

Ponadto deklaruję:*

1. Pobyt dziecka w przedszkolu w godzinach od do tj. godzin płatnych.

2. Spożywanie posiłków:

Śniadanie

obiad

podwieczorek

**proszę wybrać godziny pobytu dziecka w przedszkolu, pamiętając, że od 8.00 – 13.00 obowiązuje czas obowiązkowej realizacji podstawy programowej oraz zadeklarować posiłki*