

Polkowice, dnia

**POTWIERDZENIE WOLI
ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

do Przedszkola Miejskiego nr 6 z Oddziałami Integracyjnymi i Oddziałami Specjalnymi w Polkowicach,
do którego zostało zakwalifikowane do dalszego procesu rekrutacji.

- Wyrażam zgodę na uczęszczanie dziecka do oddziału integracyjnego **TAK, NIE**

.....

(podpis rodzica/opiekuna dziecka)