

.....  
/miejscowość i data/

.....  
/imię i nazwisko wnioskodawcy- rodzica/

.....  
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOŁA  
MIEJSKIEGO IM. JANA BRZECHWY W DEBRZNIE**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka .....

(imię i nazwisko dziecka)

.....  
data i miejsce urodzenia dziecka

do Przedszkola Miejskiego im. Jana Brzechwy w Debrznie, do którego zostało zakwalifikowane  
do przyjęcia na rok szkolny 2026/2027

Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od .....do.....

.....  
podpis rodziców /prawnych opiekunów