………………………………………………….

Imię i Nazwisko rodzica

………………………………………………..

………………………………………………..

Adres zamieszkania

Dyrektor Przedszkola Samorządowego nr 43

**Potwierdzenie woli korzystania z usług przedszkola**

Potwierdzam,że moja/mój córka/syn ……………………………………………………………………………

 *Imię i Nazwisko dziecka*

w roku szkolnym 2020/2021 będzie korzystał (a) z usług Przedszkola Samorządowego nr 43 w Kielcach.

…………………………….. ……………………………………………………

Data Czytelny podpis rodzica