



.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA

DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO PUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. PPŁK. AK JÓZEFA PAWLAKA "BRZOZY" W ŁAGUSZOWIE *

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

zakwalifikowanego do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2023/2024.
Oświadczam, że nie złożyłam/em potwierdzenia woli w innej placówce.

.....
Data, czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Deklarowany czas pobytu dziecka w placówce** od godziny:..... do godziny:.....:

Uwagi.....

*zgodnie z art. 158. ust. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe komisja rekrutacyjna przyjmuje kandydata do danego publicznego przedszkola/publicznej szkoły, jeżeli w wyniku postępowania rekrutacyjnego kandydat został zakwalifikowany oraz złożył wymagane dokumenty i liczba wolnych miejsc w placówce umożliwia przyjęcie.

** czas pobytu dziecka w godzinach 8-13 jest bezpłatny, pozostały czas pobytu dziecka w oddziałach przedszkolnych jest płatny, w wysokości 1zł, za każdą rozpoczętą godzinę.
*Oddziały przedszkolne PSP w Łaguszowie sprawują opiekę nad dziećmi w godzinach 6:30-16:30.
Dziecko przebywające w oddziale przedszkolnym powyżej 5 godzin korzysta z pełnego wyżywienia*