

Gałowo, dnia

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW
KANDYDATA WOLI ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOŁA W GAŁOWIE**

1. Potwierdzam wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer PESEL dziecka

do Przedszkola w Gałowie, do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

2. Dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka

(na podstawie art. 155 ustawy Prawo Oświatowe z dnia 14 grudnia 2016r. – Dz. U. z 2023 r.,
(Dz. U. z 2022 r. poz. 900, 1672, 1718, 2005)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

.....

matka

.....

ojciec