…… Chełmno, dnia…….

……

……

imię i nazwisko oraz adres zamieszkania Rodzica/Opiekuna prawnego/
Osoby sprawującej pieczę zastępczą

Miejskie Przedszkole „Tęczowy Zakątek”
ul. Klasztorna 12, 86-200 Chełmno

Potwierdzenie woli zapisu dziecka
do Miejskiego Przedszkola „Tęczowy Zakątek” w Chełmnie

……...…… ……
imię/imiona i nazwisko Dziecka *data urodzenia Dziecka*

Potwierdzam wolę zapisu dziecka do Miejskiego Przedszkola „Tęczowy Zakątek” w Chełmnie.

……
CZYTELNY podpis Rodzica/Opiekuna prawnego/
Osoby sprawującej pieczę zastępczą

Potwierdzenie przyjęcia dokumentu: