

....., dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Sapolnie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka

do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w przedszkolu/szkole w następujących godzinach¹:

od godz. do godz.

Telefon do natychmiastowego kontaktu

.....

podpis matki/ opiekuna prawnego

.....

podpis ojca /opiekuna prawnego

Decyzja dyrektora o przyjęcia/odmowie przyjęcia*

Uzasadnienie odmowy przyjęcia

.....

.....

....., dnia

.....
pieczętka i podpis dyrektora

*niepotrzebne skreślić

¹ W godzinach 8.00 – 13.00, od poniedziałku do piątku, oddział przedszkolny zapewnia wszystkim dzieciom bezpłatne nauczanie, wychowanie i opiekę. Od godziny 13⁰⁰ do 15⁰⁰ zajęcia są bezpłatne dla dzieci sześciolletnich i powyżej realizujących obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego, płatne dla dzieci pięcioletnich i młodszych 1,14 zł za godzinę.