………………………………………………….

Imię i Nazwisko rodzica

………………………………………………..

Adres zamieszkania

**Dyrektor Przedszkola Samorządowego nr 14**

 **Im. Marii Kownackiej w Kielcach**

**Potwierdzenie woli korzystania z usług przedszkola**

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

 *Imię i Nazwisko dziecka*

w roku szkolnym 2023/2024 będzie korzystał (a) z usług Przedszkola Samorządowego nr 14 im. Marii Kownackiej w Kielcach.

…………………………….. ……………………………………………………

Data Czytelny podpis rodzica

………………………………………………….

Imię i Nazwisko rodzica

………………………………………………..

Adres zamieszkania

**Dyrektor Przedszkola Samorządowego nr 14**

 **Im. Marii Kownackiej w Kielcach w Kielcach**

**Potwierdzenie woli korzystania z usług przedszkola**

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

 *Imię i Nazwisko dziecka*

w roku szkolnym 2023/2024 będzie korzystał (a) z usług Przedszkola Samorządowego nr 14 im. Marii Kownackiej w Kielcach.

…………………………….. ……………………………………………………

Data