



ZESPÓŁ SZKOLNO - PRZEDSZKOLNY NR 12

44 - 102 GLIWICE UL. LIPOWA 29

NIP 631 - 26 - 72 - 422 REGON 367338230

TEL. (32) 279 98 55; FAX (32) 231 17 45 sekretariat@zsp12.gliwice.eu

POTWIERDZENIE WOLI

uczęszczania do przedszkola

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2020/2021 do

Przedszkola Miejskiego nr 7

dziecka, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem

.....
imię i nazwisko dziecka

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

Nr PESEL dziecka

.....
adres zameldowania dziecka (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Planowany orientacyjny czas pobytu dziecka od godz. _____ do godz. _____

.....
podpis matki/opiekuna prawnego 1

.....
podpis ojca/opiekuna prawnego 2

Gliwice,
data