

Sędzimirowice, dnia

.....
/Imię i nazwisko rodzica – prawnego opiekuna/

.....
/adres do korespondencji/

OŚWIADCZENIE POTWIERDZENIA WOLI

zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Sędzimirowicach

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka

.....
/imię i nazwisko dziecka/

do dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Sędzimirowicach
na rok szkolny 2019/2020.

.....
/ podpis rodzica, prawnego opiekuna/

Oświadczenie potwierdzenia woli przyjęcia, składają rodzice kandydatów zakwalifikowanych **w terminie od 02.04.2019r. do 05.04.2019r.** do godz. 15.00, zgodnie z pkt.5 załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 17/2019 Burmistrza Błaszek z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie ustalenia harmonogramu czynności w postępowaniu rekrutacyjnym oraz w postępowaniu uzupełniającym do publicznych przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych oraz do szkół podstawowych prowadzonych przez Gminę Błaski na rok szkolny 2019/2020.