Samorządowe Przedszkole w Radzanowie

ul. Marii Konopnickiej 3

 09 -451 Radzanowo

 Tel: 24 265 43 44 e – mail: przedszkoleradzanowo@op.pl

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA ZAKWALIFIKOWANEGO W**

**POSTĘPOWANIU REKRUTACYJNYM DO SAMORZĄDOWEGO PRZEDSZKOLA W RADZANOWIE**

Potwierdzam wolę zapisu naszego/mojego dziecka\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*Imię i nazwisko dziecka*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer PESEL dziecka lub w przypadku braku PESEL seria i numer paszportu lub innego dokumentu poświadczającego tożsamość

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*Data urodzenia dziecka*

Adres zamieszkania dziecka:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dane rodziców/prawnych opiekunów:

|  |  |
| --- | --- |
| Imiona i nazwiska matki/opiekuna prawnego | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  |
| Adres zamieszkania matki dziecka |
|  |
| Imiona i nazwisko ojca/opiekuna prawnego | Nr telefonu/ e-mail |
|  |  |
| Adres zamieszkania ojca dziecka |
|  |

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszej deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….

 *podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego*

*Data przyjęcia deklaracji (wypełnia placówka)*

*\*niepotrzebne skreślić*