…

……………………………………

.

.…………………………………………

Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica/

prawnego opiekuna kandydata

…

…………………………………………….

…

……………………………………………..

Adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

**Przedszkole Sióstr Miłosierdzia**

**św. Wincentego a Paulo**

**ul. Lecha 11**

**62-200 Gniezno**

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…

……………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

do Przedszkola Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Gnieźnie

do którego zostało zakwalifikowane - do przyjęcia na rok szkolny **2025/2026**.

-

…

…………………………… ………………………………..

data podpis(-y) rodzica(-ów)/prawnego(-ych) opiekunów