

Sławno, dnia .....

**POTWIERDZENIE WOLI**  
**zapisu dziecka do Przedszkola nr 4 im. Krasnala Hałabały w Sławnie**  
**na rok szkolny 2024/2025**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....  
imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do Przedszkola nr 4 im. Krasnala Hałabały w Sławnie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Dziecko będzie korzystało TYLKO z bezpłatnej podstawy programowej w godzinach od 8<sup>00</sup> do 13<sup>00</sup>

Dziecko będzie korzystało ze świadczeń wykraczających poza podstawę programową w wymiarze ..... godzin dziennie, tj. w godzinach od ..... do .....

.....  
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....  
podpis ojca / opiekuna prawnego