*Imię i nazwisko rodzica dziecka* ***załącznik 3***

*……………………………………………………………………………..*

*Adres do korespondencji*

*…………………………………………………………………………..…… .* **Dyrektor**

*…………………………………………………………………………………..…….* Przedszkola Integracyjnego

*.............................................................................................* w Micigoździe

**POTWIERDZENIE WYBORU**

**ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOLA INTEGRACYJNEGO W MICIGOŹDZIE w roku szkolnym 2021/2022**

**POTWIERDZAM wolę** zapisu do Przedszkola Integracyjnego w Micigoździe dziecka zakwalifikowanego
do przyjęcia do grupy: całodziennej / popołudniowej od 12 00  do 17 00 \*.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię/Imiona i nazwisko dziecka  |  |

**Pobyt dziecka w przedszkolu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Od/data  | Godziny pobytu | Liczbagodzin dziennie | Rodzaj posiłków(wpisać X we właściwą kratkę) |
|  | od……… | do……… |  | bez posiłku | śniadanie | obiad |

\*niepotrzebne skreślić

…….....…………………………………..……………..

 *podpisy rodziców*

**Micigózd, dnia** …………………………………………………