

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka zakwalifikowanego w postępowaniu rekrutacyjnym
do Niepublicznego Przedszkola Sióstr Służebniczek NMP NP w Strykowie

Potwierdzam wolę zapisu naszego/mojego dziecka*

.....
Imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka lub w przypadku braku numeru PESEL seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
data urodzenia dziecka (d - m - r)

do przedszkola, do którego zostało zakwalifikowane, do przyjęcia na rok szkolny 2026/2027

Niepubliczne Przedszkole Sióstr Służebniczek NMP NP
ul. Warszawska 46
95-010 Stryków

.....
Nazwa i adres przedszkola

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE TREŚCI ZGŁOSZENIA I OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że dane przedłożone w niniejszej deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym
Jednocześnie oświadczam, że chęć korzystania z usług przedszkola w roku szkolnym 2026/2027 nie została potwierdzona w żadnej innej placówce.

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego

.....
data przyjęcia deklaracji (wypełnia placówka)

* **niepotrzebne skreślić**