**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 2023/2024

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 2022/2023 nie została potwierdzona w żadnej innej placówce.

 ............................................... ..............................................

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego

……………………………………….

data przyjęcia deklaracji (wypełnia placówka)

\* **niepotrzebne skreślić**