

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO¹ W PSP IM. GEN. WŁADYSŁAWA ANDERSA W LESZCZYNIĘ

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka
zakwalifikowanego do Oddziału Przedszkolnego w PSP im. Gen. Władysława Andersa
w Leszczynie na rok szkolny 2024/2025.

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica²

¹ Na podstawie §5 pkt. 17 Regulaminu rekrutacji do oddziału przedszkolnego i Publicznej Szkoły Podstawowej im. Gen. Wł. Andersa w Leszczynie.

² Zgodnie z art. 4 pkt. 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 roku Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900), rodzicach – należy przez to rozumieć także prawnych opiekunów oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem.