

Piastów dn .....

.....  
.....  
Imiona i nazwiska rodziców

.....  
.....  
Adres do korespondencji

**Dyrektor Przedszkola Miejskiego nr 4 w Piastowie**

**Pisemne potwierdzenie woli rodziców zapisu dziecka do przedszkola, do którego dziecko zostało zakwalifikowane**

Wyrażam wolę zapisu mojego dziecka .....

.....  
imię i nazwisko rok i miejsce urodzenia dziecka

**do Przedszkola Miejskiego nr 4 w Piastowie, w którym zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 2020/2021r.**

**Jednocześnie zobowiązuję się do:**

1. przestrzegania postanowień Statutu Przedszkola.
2. podawania do wiadomości przedszkola jakichkolwiek zmian dotyczących: zmiany miejsca zamieszkania rodziców i dziecka, zmiany numerów telefonów rodziców, zmiany adresów poczty e-mail rodziców;
3. regularnego uiszczania opłat za pobyt dziecka w przedszkolu w wyznaczonych przez przedszkole terminach.
4. odbierania dziecka z przedszkola osobiście lub przez osobę upoważnioną zgłoszoną nauczycielce na piśmie, która zapewni dziecku pełne bezpieczeństwo.
5. przyprowadzania do przedszkola tylko zdrowego dziecka.
6. uczestniczenia w zebraniach rodziców.
7. złożenia zaświadczenia lekarskiego w przypadku występującej u dziecka alergii.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis rodziców