

.....  
.....  
Imię i nazwisko rodzica/  
prawnego opiekuna kandydata

.....  
.....  
Adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

**Przedszkole Sióstr Miłosierdzia  
św. Wincentego a Paulo  
ul. Kaszubska 17  
83-110 Tczew**

**POTWIERDZENIE WOLI  
zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....  
imię i nazwisko dziecka

do Przedszkola Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Tczewie

- do którego zostało zakwalifikowane - do przyjęcia na rok szkolny **2025/2026**.

.....  
data podpis(-y) rodzica(-ów)/prawnego(-ych) opiekunów