

.....
.....
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 **2026/2027**.

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