**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Oddziału/ Punktu Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej Nr 3 im. Armii Krajowej w Pcimiu na rok szkolny 2024/2025**.

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………..

Data urodzenia ………………………………………………………………….

do Oddziału/Punktu Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej Nr 3 im. Armii Krajowej w Pcimiu na rok szkolny **2024/2024**

…............................................................

Data, podpis rodzica /prawnego opiekuna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe informacje o kandydacie** | | |
| Dziecko posiada opinię z Poradni Psychologiczno -Pedagogicznej | Tak | Nie |
| Dziecko posiada opinię o potrzebie wczesnego wspomagania | Tak | Nie |
| Inne istotne informacje o dziecku: **problemy zdrowotne** / np. alergie /, **wychowawcze, itp.,** | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |

…............................................................

Data, podpis rodzica /prawnego opiekuna