**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