*…………………………………………………………………………..
 Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica / prawnego opiekuna kandydata*

*…………………………………………………………………………..
 adres do korespondencji w sprawach rekrutacji*

# POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA

do Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10 w Żyrardowie
na rok szkolny 2025/2026

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*imię i nazwisko dziecka*

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

*numer PESEL dziecka*

do Miejskiego Integracyjnego Przedszkola Nr 10 w Żyrardowie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

…………………………………………………… ……………………………………………………

*data podpisy rodziców/prawnych opiekunów*