Miejscowość..... dn:.....

.....
(Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(telefon / mail)

Dyrektor

.....
(Nazwa placówki)

.....
(Adres)

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mojego dziecka .....ur.....

PESEL: ....., zamieszkałego w ....., przy ul. .....

do Przedszkola/Oddziału Przedszkolnego w .....na wolne miejsce w terminie:

Lp.	Data	Potwierdzenie uczęszczania (proszę zaznaczyć wybrane okresy "X")
1	1.07 - 4.07	
2	7.07 - 11.07	
3	14.07 - 18.07	
4	21.07 - 25.07	
5	28.07 - 31.07	

Z poważaniem

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(Podpis rodzica / opiekuna prawnego)