

.....
Imiona i Nazwiska rodziców

.....
Adres zamieszkania rodziców
.....

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej im. Ignacego Łukasiewicza
w Czaszynie
Ul. Starowiejska 14, 38-516 Czaszyn**

Deklaracja o kontynuowaniu wychowania przedszkolnego

Deklaruję, że moja/mój córka/syn
Imię i Nazwisko dziecka

w roku szkolnym 2024/2025 będzie kontynuował(a) wychowanie przedszkolne
w oddziale przedszkolnym w Szkole Podstawowej im. Ignacego Łukasiewicza w Czaszynie
(proszę zaznaczyć "x" wybierając właściwy oddział)

| Wyrażenie zgody | Nazwa oddziału |
|--------------------|------------------------------------------------|
| | Oddział 9 godzinny „Pszczółki” (3 i 4 latki) |
| | Oddział 5 godzinny „Mądre Sówki” (5 i 6 latki) |

.....
Data

.....
Czytelny podpis rodzica