

**POTWIERDZENIE WOLI RODZICA KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO  
DO PUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA W LUBICHOWIE**

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

.....  
(Imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym 2024/2025 do Przedszkola Publicznego w  
Lubichowie/ oddziału przedszkolnego w Ocyplu

w godz. od.....do godz. ....

i korzystać będzie z wyżywienia w ilości ..... posiłków dziennie,

tj. śniadania, obiadu, podwieczorku

\* właściwe podkreślić

Lubichowo, dnia .....

.....  
Podpis rodzica/ prawnego opiekuna