

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

.....
.....
Adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

**Przedszkole Sióstr Miłosierdzia
św. Wincentego a Paulo
ul. Lecha 11
62-200 Gniezno**

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

do Przedszkola Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo w Gnieźnie

- do którego zostało zakwalifikowane - do przyjęcia na rok szkolny **2026/2027**.

.....
data podpis(-y) rodzica(-ów)/prawnego(-ych) opiekunów