

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do Miejskiego Przedszkola Integracyjnego
„Smerfowa Kraina” w Kętrzynie**

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres do korespondencji)

Pan/Pani
Marzena Jasionowicz
Dyrektor Miejskiego Przedszkola Integracyjnego
„Smerfowa Kraina” w Kętrzynie

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do Miejskiego Przedszkola Integracyjnego
„Smerfowa Kraina” w Kętrzynie**

Potwierdzam wolę przyjęcia
(imię i nazwisko kandydata)

do Miejskiego Przedszkola Integracyjnego „Smerfowa Kraina” w Kętrzynie rok szkolny
2024/2025.

.....
(podpis rodzica)