……………..………………………………………………………..

*(miejscowość, data)*

……………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko rodzica)*

………………………………………………………………………..

*(adres do korespondencji)*

Dyrektor Publicznego Przedszkola

Samorządowego w Łuszczanowicach

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………..………………

 *(imię i nazwisko kandydata)*

do Publicznego Przedszkola Samorządowego w Łuszczanowicach na rok szkolny 2025/2026.

 Oświadczam, że

* posiadam pełną władzę rodzicielską lub w przypadku ograniczenia władzy, w zakresie umożliwiającym skuteczne złożenie oświadczenia.
* Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz praw mi przysługujących.

*………..………………….…………………………..…*

*(podpis rodzica/opiekuna prawnego)*