Świeradów-Zdrój dnia …………………..

………………………………………………………………..

( imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

……………………………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………

………………………………………………………………….

 ( telefon kontaktowy)

 Dyrektor

MZS Przedszkole Miejskie

 w Świeradowie-Zdroju

WNIOSEK

Wnioskuję o przyjęcie dziecka ………………………………………………………………

Grupa ………………………………………………….

do przedszkola w Świeradowie-Zdroju na okres wakacyjny zgodnie z podanymi terminami:

od godz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ do godz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Turnus | Data | \* |
| I | 3.07.2023-7.07.2023 |  |
| II | 10.07.2023-14.07.2023 |   |
| III | 17.07.2023-21.07.2023 |  |
| IV | 24.07.2023-28.07.2023 |  |
| V | 31.07.2023-4.08.2023 |  |
| VI | 7.08.2023-11.08.2023 |  |
| VII | 14.08.2023-18.08.2023 |  |
| VIII | 21.08.2023-25.08.2023 |  |
| IX | 28.08.2023-31.08.2023 |  |

\*proszę zaznaczyć krzyżykiem (x) właściwy turnus

………..…………………………………..

 Czytelny podpis rodzica/ opiekuna