



Publiczne Przedszkole Samorządowe „Justynka”  
w Stawiszynie  
ul. Przedszkolna 1, 62-820 Stawiszyn  
Tel. 627528022  
email : przedszkolestawiszyn@onet.pl  
sekretariat@przedszkolewstawiszynie.pl

Stawiszyn, dnia .....

## POTWIERDZENIE WOLI zapisu dziecka do Publicznego Przedszkola Samorządowego „Justynka” w Stawiszynie

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka) .....

do Publicznego Przedszkola Samorządowego „Justynka” w Stawiszynie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2026/2027. Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od..... do..... oraz korzystanie w tym czasie z ..... posiłków.  
(podać ilość)
- Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa/ inna relacja	Seria i nr dowodu osobistego	Oświadczam że zostałem poinformowany, że moje dane osobowe (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego,) będą przetwarzane i administrowane zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (Dz.Urz. UE L119,s.1)przez Publiczne Przedszkole Samorządowe w Stawiszynie z Filią Petryki w celu umożliwienia odbioru z przedszkola dziecka .

.....  
Podpis rodziców / prawnych opiekunów

### ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOŁA

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola przez rodziców prawnych opiekunów,.....  
zostaje przyjęta/y do Publicznego Przedszkola Samorządowego „Justynka” w Stawiszynie na rok szkolny 2026/2027

.....  
Podpis i pieczęć dyrektora