Ożarów Mazowiecki……………

Dane rodziców/opiekunów prawnych

................................................................................................

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

................................................................................................

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.................................. .............................................................

 (telefon kontaktowy) (wymagany adres e-mail)

 Dyrektor
 P P Nr 1 z Odział. Integracy.

 ul. Ożarowska 34

 05-850 Ożarów Mazowiecki

Oświadczenie

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka ………………………………………………..

 *(imię i nazwisko)*

na dyżur wakacyjny do …………………………………………………………………………….

 *(nazwa i adres placówki )*  w terminie zadeklarowanym w złożonym wniosku, tj……………………………………………. .

 ………………………………………………….

 podpis/y rodzica/rodziców/

 opiekuna prawnego/opiekunów prawnych