…………………………………………………………….. …………………………………,dnia ………………………………

Imię i nazwisko dziecka – kandydata

…………………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………………………………….

Adres zamieszkania

POTWIERDZENIE WOLI zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

 Potwierdzam wolę zapisu dziecka ……………………………………………………………….

 *Imię i nazwisko dziecka*

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 *Numer PESEL dziecka*

 do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej im. Marii

 Konopnickiej w Zielenicach, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia

 na rok szkolny 2024/2025

 ………………………………………………………………

 Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna