…………………………………………………………….. …………………………………,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