…….. ……..
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego) *(Miejscowość, data)*

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……...
Imię i nazwisko dziecka

…….....
Numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Somoninie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2023/2024.

…….. …….
Data *Podpis rodziców/opiekunów prawnych*