

.....
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(Miejscowość, data)

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA
DO „ZERÓWKI”**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
Numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego tzw. „zerówki” przy Szkole Podstawowej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Somoninie, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2024/2025.

.....

.....