

.....  
(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 2024/2025.

.....

.....