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

Imię i nazwisko dziecka - kandydata

…………………………………………......

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

……………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………..….

Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI**

**z**apisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego

przy Szkole Podstawowej w Strzelcach

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko dziecka

……………………………………………………………………………………………………………

Numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w…………………………….

do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny…………………………

……………………………………..………………

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna