

.....

Imię i Nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA  
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO  
W SZKOLE PODSTAWOWEJ W ZACHARZYNIE  
NA ROK SZKOLNY 2024/2025**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(numer PESEL dziecka)

zakwalifikowanego do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Zacharzynie na rok szkolny 2024/2025.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)