Imię i nazwisko rodzica

………………………………………..

Adres……………………………………

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna ..................................... do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. ks. mjr. Franciszka Łuszczki w Lubeni na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………….

Podpis rodziców