**POTWIERDZENIE WOLI RODZICA KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO**

**DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO PUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ**

**W LUBICHOWIE**

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

 ……………………………………………………………………………

(Imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym 2023/2024 do Oddziału Przedszkolnego Publicznej Szkoły Podstawowej w Lubichowie w godz. od...........do godz. ..............

i korzystać będzie z płatnego obiadu (TAK/NIE)\*

\*właściwe podkreślić

Lubichowo, dnia ……………………

 …………………………………

 Podpis rodzica/prawnego opiekuna