………………………………………………….

 Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCFIA DO ODZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO / PRZEDSZKOLA \***

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka.…………………………………………...........................

(imię i nazwisko kandydata)

Zakwalifikowanego do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie / Samorządowego Przedszkola Pliszka na rok szkolny 2025/2026

……………………. ………………………………………….

 Data Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Potwierdzenia należy dokonać pisemne**