

.....
Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DO ODZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO /
PRZEDSZKOŁA ***

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 pisemnie