. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(Nazwisko i imię wnioskodawcy)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(adres zamieszkania matki dziecka / prawnego opiekuna)

OŚWIADCZENIE WOLI

zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w roku szkolnym 2024/2025

*Imię i nazwisko dziecka. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PESEL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*(jeśli kandydat nie posiada numeru PESEL, seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . )*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

nazwa i adres szkoły

…………………. ……………………………….

 data podpis rodzica