…………………………………………..

 (miejscowość, data)

**POTWIERDZENIE WOLI**

zapisu dziecka do ~~przedszkola~~/oddziału przedszkolnego\*

Szkoły Podstawowej Nr 1 im. Władysława Jagiełły w Strykowie

Wyrażam wolę przyjęcia dziecka ……………………………………………………………………………………………..

(imię, nazwisko dziecka)

**PESEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka lub w przypadku braku numeru PESEL, seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

……………………………………………………

 (data urodzenia dziecka)

do oddziału przedszkolnego Szkoły Podstawowej Nr 1 im. Władysława Jagiełły w Strykowie

na rok szkolny 2025/2026.

………………………………….. ……...……………………………

(podpis matki/opiekunki prawnej/ (podpis ojca/opiekuna prawnego/

 osoby lub podmiotu sprawującego osoby lub podmiotu sprawującego

 piecze zastępczą) pieczę zastępczą)

\*niewłaściwe skreślić