………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica

……………………………………………..

Adres do korespondencji

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Oświadczam, że wyrażam wolę przyjęcia mojego dziecka …………………………………….

Imię i nazwisko dziecka

zakwalifikowanego do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Doktora Stanisława Niedzielskiego w Smardzowicach na rok szkolny 2025/2026.

Smardzowice, …………………………… ……………………

Podpis rodzica