

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres do korespondencji)

Pani
Elżbieta Markowska
Dyrektor Przedszkola przy Publicznej
Szkołe Podstawowej im. Żołnierzy II Armii
Wojska Polskiego w Tomaszowie Bol.

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

nr PESEL (dziecka) do oddziału przedszkolnego/punktu
przedszkolnego*) przy Publicznej Szkole Podstawowej im. Żołnierzy II Armii Wojska Polskiego
w Tomaszowie Bolesławieckim, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok
szkolny.....

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego*)

*) niepotrzebne skreślić