

.....
(miejscowość i data)

.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

.....

.....

(adres zamieszkania)

POTWIERDZENIE WOLI zapisu dziecka

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

do Samorządowego Przedszkola w Szczyrzycu w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w
Szczyrzycu do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....

.....

podpisy rodziców/prawnych opiekunów