

.....
(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 oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Władysława Orkana w
Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Szczyrzycu do którego dziecko zostało zakwalifikowane
do przyjęcia.

.....
.....
podpisy rodziców/prawnych opiekunów