………………………………………………………………………… ………………………………………………………

........................................................................... ( miejscowość i data)

( imiona i nazwiska rodziców / prawnych opiekunów)

…………………………………………….

……………………………………………

……………………………………………

( adres do korespondencji)

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Chociwiu

w roku szkolnym 2024/2025

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka ………………………………………

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Chociwiu.

……………………………………………………….

……………………………………………………….

(data i podpisy rodziców / prawnych opiekunów)