…………………………………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

 Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

 Potwierdzam wolę zapisu dziecka ( imię i nazwisko) ……………………………………………………………………………………….

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Kiełpinie, do którego dziecko zostało zakwalifikowane na rok szkolny 2024/2025

 …………………………………………………...........................

 data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna