…………………………………………………………………

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