#  Pietrzwałd, dnia ………………………………..

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA**

**DO PRZEDSZKOLA W ZESPOLE SZKOLNO – PRZEDSZKOLNYM W PIETRZWAŁDZIE**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka ……………………………………………………………

 *(Imię i nazwisko kandydata)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

zakwalifikowanego do Przedszkola w ZSP w Pietrzwałdzie na rok szkolny 2024/2025r.

............................................... ..............................................

podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego