

.....
Imię i nazwisko dziecka – kandydata

....., dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
Adres zamieszkania

POTWIERDZENIE WOLI zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę zapisu dziecka: imię i nazwisko dziecka
..... numer PESEL dziecka
do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkoły Podstawowej im. Wincentego Witosa
w Borku Strzelińskim , do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia
na rok szkolny 2024/2025.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna