*……………………………………………………………*

*Imię i nazwisko rodzica /*

*prawnego opiekuna kandydata*

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do  Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej nr 2 im. Tadeusza Kościuszki
w Słubicach**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka,

zgodnie z rekrutacją na rok szkolny

2023/2024:

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

*Imię i nazwisko dziecka*

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

*Data urodzenia dziecka*

…………………………………. Data

………………………………

Podpis rodzica, opiekuna prawnego