…………………………………………………….

 (Miejscowość i data)

………………………………………………………………………

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………………..

……………………………………………………..

 (Adres zamieszkania)

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka : …………………………………………………………………………………….

 (Imię i nazwisko dziecka i data urodzenia)

do Oddziału Przedszkolnego w Publicznej Szkole Podstawowej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Biadolinach Szlacheckich

na rok szkolny 2024/2025

 ..…………………………………………

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego