

**POTWIERDZENIE WOLI RODZICA KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO PUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ
W LUBICHOWIE**

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

.....

(Imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym 2024/2025 do Oddziału Przedszkolnego Publicznej
Szkoły Podstawowej w Lubichowie i korzystać będzie z płatnego obiadu
(TAK/NIE)*

*właściwe podkreślić

Lubichowo, dnia

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna