Stare Skoszewy, dn. ……………………...

POTWIERDZENIE WOLI

przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

…………………………………………………………………………………………………...

Imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Wł. Jagiełły w Starych Skoszewach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2023/2024.

 ……………………………………….

 Podpis rodzica/opiekuna prawnego