

**OŚWIADCZENIE WOLI RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO  
DOTYCZĄCE UCZĘSZCZANIA DZIECKA  
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO  
W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. JANA PAWŁA II W ŁEBNIE  
W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

Potwierdzam wolę uczęszczenia dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie  
w roku szkolnym 2024/2025.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)