

Dmosin, dnia

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego

grupa 3-latków / grupa 4-latków / grupa 5 latków / grupa 6-latków (*właściwe podkreślić*)

w Szkole Podstawowej w Dmosinie w roku szkolnym 2024/2025

Potwierdzamy wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer PESEL dziecka)

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Dmosinie, gdzie zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w Oddziale Przedszkolnym w godzinach zadeklarowanych we wniosku.

.....
(podpis matki/opiekunki prawnej)

.....
(podpis ojca/opiekuna prawnego)