……………………………………………………….

 ( miejscowość i data)

……………………………………………………………….

 ( imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

 ( adres zamieszkania, nr telefonu)

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej**

**w Ogardach**

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

( imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Ogardach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………………………………………………..

( podpis rodzica/ opiekuna prawnego)