

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko rodzica)

.....  
(adres do korespondencji)

Pani Beata Gajek  
Dyrektor Szkoły Podstawowej w  
Stolnie

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego  
przy Szkole Podstawowej w Stolnie**

Potwierdzam wolę przyjęcia ..... (imię i nazwisko  
kandydata) do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Stolnie na rok szkolny  
2024/2025.

.....  
(podpis rodzica)

Oddział dzieci 3-letnich

Oddział dzieci 4-letnich/ 5- letnich

oddział zerowy

Wabcz

Właściwie zaznaczyć X

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w  
przedszkolu/oddziale przedszkolnym w godzinach .....

