............................................................

 *(miejscowość, data)*

# POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

w Szkole Podstawowej im. W. Chotomskiej w Kiełczowie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

*(imię i nazwisko dziecka)*

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

*(numer PESEL dziecka)*

do Szkoły Podstawowej im. W. Chotomskiej w Kiełczowie, do którego zostało

zakwalifikowane do przyjęcia.

podpis rodzica/opiekuna prawnego