………………………………………….. Strawczyn, dnia ………………...

 Imię i nazwisko dziecka - kandydata

……………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

……………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

……………………………………………..

Adres zamieszkania dziecka

**POTWIERDZENIE WOLI**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

do oddziału przedszkolnego kl.0 w Szkole Podstawowej im. Stefana Żeromskiego w Strawczynie:

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

Imię (imiona) i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

 do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2023/2024.

............…………………………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

………………............…………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna