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

miejscowość , data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Marii Konopnickiej w Zebrzydowicach**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

imię i nazwisko dziecka

numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Marii Konopnickiej w Zebrzydowicach , do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ............................................... | .............................................. |
| podpis matki/ opiekuna prawnego | podpis ojca /opiekuna prawnego |