

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....
Adres zamieszkania

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Potwierdzam wolę zapisu dziecka (imię i nazwisko)
do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. św. Maksymiliana Kolbego w Teresinie, do
którego dziecko zostało zakwalifikowane na rok szkolny 2024/2025.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna