

Chwarstnica, dnia .....

## **POTWIERDZENIE WOLI**

### **zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Chwarstnicy**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka .....

(imię i nazwisko dziecka)

nr PESEL (dziecka) .....

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Chwarstnicy, do której zostało zakwalifikowane w roku szkolnym .....

.....

podpis rodzica /prawnego opiekuna