Świdnik dnia…………………….…

**POTWIERDZENIE WOLI**

 **ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOLA/ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**zapisu dziecka do ……………………………………………………………………….…**

Niniejszym potwierdzam/y wolę zapisu dziecka …………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

Numer PESEL ……………………………………………

do ……………………………………………………………………………………………..

 (nazwa przedszkola/oddziału przedszkolnego)

do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2023/24

 ………………………………….. …………………………………..

 (Podpis matki/opiekuna prawnego) (Podpis ojca/opiekuna prawnego)