

.....
*Imię i nazwisko wnioskodawcy- rodzica/
prawnego opiekuna*

.....
adres do korespondencji w sprawie rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
PRZY PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ W SKASZEWIE WŁOŚCIAŃSKIM
NA ROK SZKOLNY 2020/2021

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

imię i nazwisko dziecka:

numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej w Skaszewie
Włociańskim

.....
(miejscowość, data złożenia oświadczenia)

.....
(podpis matki lub opiekunki prawnej)

.....
(podpis ojca lub opiekuna prawnego)