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

imię i nazwisko wnioskodawcy –rodzica/ prawnego opiekuna kandydata data

......................................................................................

Adres, numer telefonu do korespondencji w sprawach rekrutacji

**POTWIERDZENIE WOLI**

**ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. JANA PAWŁA II**

**W STARYCH KOBIAŁKACH**

**NA ROK SZKOLNY 2023/2024**

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka ………………………………………………………………………….

(numer PESEL dziecka) ….………………………………………………………………. do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Starych Kobiałkach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

 ……………….…………….………………………….

data podpis rodziców/ prawnych opiekunów