……........……..........………………………………….

 miejscowość, data

……………………………………….……………………………

imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………….……………………..

……………………………………………….…………………..

………………………………………………...………………..

 adres zamieszkania

 Sz. P. Jolanta Wojdalska

 Dyrektor Szkoły Podstawowej

 im. Bronisława Sokoła

 w Olszewnicy Starej

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

 Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/syna …………………………………………………… do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Bronisława Sokoła w Olszewnicy Starej na rok szkolny 2024/2025.

 ……………………………………………….……………

 podpis rodzica/prawnego opiekuna