……........……..........………………………………….

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