
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

(adres zamieszkania rodziców / opiekunów prawnych)

(telefony kontaktowe do rodziców / opiekunów prawnych)

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ W KAZANOWIE

Potwierdzam wolę zapisu dziecka _____
(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Publicznej Szkole Podstawowej w Kazanowie, do którego zostało zakwalifikowane w roku szkolnym ____/____

Pesel dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(miejscowość, data)

(czytelne podpisy rodziców, opiekunów prawnych)