
(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)