………………………………………….. ………………………

Imię i nazwisko dziecka – kandydata Miejscowość, data

…………………………………………….. Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………….. Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

…………………………………………….. Adres zamieszkania

**Potwierdzenie woli**

**przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

**grupy[[1]](#footnote-1) …………………………..**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

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

imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

**do Publicznej Szkoły Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Samogoszczy**

do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025

............……………………………………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ów, prawnego opiekuna/ów

1. Proszę o wybranie z : 3-latków, 4-latków, 5-latków, 6-latków [↑](#footnote-ref-1)