

.....
miejsowość, data

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego
przy Publicznej Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Sułkowicach

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do klasy pierwszej w Publicznej Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy
w Sułkowicach, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
podpis matki/opiekuna prawnego

.....
podpis ojca/opiekuna prawnego