

Dobieszyn, dnia

**POTWIERDZENIE WOLI
uczęszczania dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka w roku szkolnym

do Oddziału Przedszkolnego sześciolatków / pięciolatków / czterolatków / trzylatków

Publicznej Szkoły Podstawowej im. ks. Kazimierza Kniedziałowskiego w Dobieszynie

dziecka, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem.

.....

imię i nazwisko dziecka

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

Nr PESEL dziecka

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelne podpisy rodziców/ prawnych opiekunów dziecka