

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy (rodzic lub prawny opiekun dziecka)

.....
Adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOŁA

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

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

PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Bł. Celestyny Faron w Zabrzeży, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2025/2026.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)