………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

………………………………………………………….

Adres do korespondencji

**POTWIERDZENIE WOLI**

**ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka …………………………………………………………………..

Do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Św. Brata Alberta w Czechówce, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

………………………………. ……………………………………………………….

Data podpis rodzica/ opiekuna prawnego