……. ….……..
Imię i nazwisko rodzica Miejscowość, data

……..

……..

Adres

Dyrektor
Szkoły Podstawowej
im. Antoniego Kucharczyka
w Paszkówce

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do Oddziału Przedszkolnego Szkoły Podstawowej im. A. Kucharczyka w Paszkówce

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka ……. ……
(imię i nazwisko dziecka)

do Oddziału Przedszkolnego Szkoły Podstawowej im. A. Kucharczyka w Paszkówce na rok szkolny …….. / ……. .

……..
podpis rodzica/prawnego opiekuna