

.....

(imię i nazwisko rodzica)

.....

(adres)

Potwierdzenie woli zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego
przy Szkole Podstawowej im. A. Kucharczyka w Paszkówce

Potwierdzam wolę zapisu dziecka
do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Paszkówce, do którego zostało
zakwalifikowane do przyjęcia.

.....

(data)

.....

(podpisy rodziców)