

....., dnia.....

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

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

(numer PESEL dziecka)

do Publicznego Przedszkola z Oddziałem Integracyjnym w Strzeleczkach,
oddział, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)