

.....

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna kandydata)

.....

(adres do korespondencji w sprawach rekrutacji)

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

w Szkole Podstawowej im. św. Michała Archanioła w Ostrowie

na rok szkolny 2024/2025

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego (grupa młodsza/grupa starsza)*, do której dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w oddziale przedszkolnym .

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

*niepotrzebne skreślić