

.....
miejscowość , data

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej
im. Marii Konopnickiej w Zebrzydowicach

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Marii Konopnickiej
w Zebrzydowicach , do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego