

.....
imię i nazwisko rodzica dziecka/prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

do oddziału przedszkolnego realizującego obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne w Szkole Podstawowej nr 13 im. Kornela Makuszyńskiego w Starachowicach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2020/21.

.....
data

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna