

.....  
*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 2021/22.

.....  
*data*

.....  
*podpis rodzica/prawnego opiekuna*