............................................. ...................................

Imię i nazwisko rodzica Miejscowość, data

.............................................

adres

Dyrektor Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Starej Białej

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna .................... (imię i nazwisko dziecka) do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Starej Białej na rok szkolny .................... .

................................

podpis rodzica