

Potwierdzenie woli przyjęcia po ukazaniu się listy

Łabowa.....

.....
imię i nazwisko

.....

.....

Miejsce zamieszkania

**DO DYREKTORA SZKOŁY PODSTAWOWEJ
im. św. Franciszka z Asyżu w Łabowej**

Oświadczam, iż nazwisko mojego dziecka
..... znajduje się na liście dzieci zakwalifikowanych
do przyjęcia do oddziałów przedszkolnych na rok szkolny 2024/2025
i potwierdzam wolę przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole
Podstawowej im. św. Franciszka z Asyżu w Łabowej

PODPISY RODZICÓW

1

2

UWAGA: Jeżeli rodzic samotnie wychowuje dziecko wymagany jeden podpis.