

Tłuszcz, dnia

POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI ZAPISU DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

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

.....
(imię i nazwisko dziecka)

(numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Królowej Jadwigi w Tłuszczu, do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
Czytelny podpis rodzica kandydata

* - niepotrzebne skreślić