………………………………………………………………..

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*

………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

*Adres zamieszkania*

 **Szkoła Podstawowa
 im. por. Izydora Kołakowskiego
 w Domanowie
 Punkt Przedszkolny
 przy Szkole Filialnej w Świrydach
 Świrydy 2
 17-120 Brańsk**

**DEKLARACJA KONTYNUACJI EDUKACJI W PRZEDSZKOLU**

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że mój/moja syn/córka:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka | Numer PESEL dziecka |
|  |  |

w roku szkolnym 2024/2025 będzie kontynuował/kontynuowała naukę w Punkcie Przedszkolnym przy Szkole Filialnej w Świrydach.

……………………………………………………………………………….

*Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*