PROSIMY WYPEŁNIAĆ DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM

…… ……

…… ……
pierwsze imiona *nazwiska*
wnioskodawców – rodziców / prawnych opiekunów kandydata

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……
imię i nazwisko dziecka

……
numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łazach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

…… ……
data *podpisy rodziców/prawnych opiekunów*