

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej
im. Św. Jadwigi Królowej w Winiarach
na rok szkolny 2024/2025

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. św. Jadwigi Królowej w Winiarach,
do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Adres zamieszkania dziecka:

.....
miejsowość, ulica, nr domu/mieszkania

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego