

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica dziecka)

.....
(adres)

Sz. P.
Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. Stefana Kard. Wyszyńskiego
w Woli Rafałowskiej

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki / mojego syna

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Stefana Kard. Wyszyńskiego
w Woli Rafałowskiej na rok szkolny 2017/2018.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)