*Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego*

*Załącznik 4*

………………………………………

(miejscowość, 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 2018/2019.

……………..……………………………….

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)