

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego

Wola Rafałowska,
(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 2024/2025.

.....

.....
(podpis rodziców/opiekuna prawnego)