

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego

*Wola Rafałowska,
(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 **2026/2027.**

.....

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