Nowe Bystre, dnia ..................................................

.........................................................

Imię i nazwisko dziecka

........................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

..........................................................

Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI**

zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego

przy Szkole Podstawowej w Nowem Bystrem

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

..............................................................................................

Imię i nazwisko dziecka)

...............................................................................................

adres zamieszkania dziecka

do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Nowem Bystrem,

do której dziecko zostało zakwalifikowane w pierwszym terminie rekrutacji

na rok szkolny 2024/2025.

........................................................................................

(data i czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)