

(imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

(miejsowość i data)

.....

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

.....

Potwierdzenie woli

zapisu dziecka do Oddziału przedszkolnego/1 klasy*
przy Szkole Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Kolniczkach

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

do Oddziału przedszkolnego/1 klasy* przy Szkole Podstawowej
im. ks. Jana Twardowskiego w Kolniczkach, Kolniczki 11a,
63-040 Nowe Miasto nad Wartą w roku szkolnym 2024/2025

nazwa i adres przedszkola/oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej
do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

(podpis rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

*- niepotrzebne skreślić