

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
Adres do korespondencji

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do Oddziału Przedszkolnego
Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Szczodrkowicach

Oświadczam, że wyrażam wolę przyjęcia mojego dziecka
Imię i nazwisko dziecka

zakwalifikowanego do Oddziału Przedszkolnego Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w
Szczodrkowicach na rok szkolny 2026/2027.

Szczodrkowice, dn.....
opiekuna

.....
Podpis rodzica/prawnego