

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica
/ prawnego opiekuna kandydata

.....
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI
przyjęcia dziecka do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Siedliskach

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka
.....

numer PESEL

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Siedliskach na rok szkolny 2024/2025.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w oddziale przedszkolnym w godzinach

Data

Podpisy rodziców/prawnych opiekunów

.....
.....