

OŚWIADCZENIE WOLI

ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Choroszczy

do którego dziecko zostało zakwalifikowane na **rok szkolny 2026/2027**

Choroszcz, dn.

.....
(czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów)