**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 2024/2025**

Choroszcz, dn. ……………………. …………..…………………………..

*(czytelny podpis rodzica/opiekuna)*