.......…………..…………………………….. Bieszków Dolny, dnia……………………..…

(imię i nazwisko rodzica)

……………..…………………………………..

……………..…………………………………..

(adres zamieszkania)

……………..…………………………………..

 (telefon)

**Potwierdzenie woli zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

**Publicznej Szkoły Podstawowej im. Jana Kochanowskiego
w Bieszkowie Dolnym**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………............................................

 (imię i nazwisko dziecka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego Publicznej Szkoły Podstawowej

im. Jana Kochanowskiego w Bieszkowie Dolnym

…………………………………………………………………...

(podpis rodzica / opiekuna prawnego kandydata)

………………………………………………..………….………

(podpis rodzica / opiekuna prawnego kandydata)