

Postoliska, dnia

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI ZAPISU DZIECKA
DO PRZEDSZKOŁA/ ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(imię i nazwisko dziecka)

(numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Postoliskach*/ Przedszkola
Samorządowego w Postoliskach*, do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
Czytelne podpisy rodziców kandydata

* - niepotrzebne skreślić