........................................................................... Koleczkowo, ................................... (Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)

.........................................................................

.........................................................................

 (Adres zamieszkania)

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko dziecka)

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

PESEL

do Przedszkola Samorządowego w Koleczkowie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2025/2026.

 ........................................................................

(podpisy obydwojga rodziców/prawnych opiekunów)