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

*imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego miejscowość, data*

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

*adres*

.

 **Dyrektor**  **Publicznej Szkoły Podstawowej**

 **im. Jana Pawła II w Parznicach**

 **Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziałów przedszkolnych**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna

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

*(imię i nazwisko dziecka*)

do oddziałów przedszkolnych w Publicznej Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II
w Parznicach na rok szkolny 2024/2025.

*......................................................*

*(podpis matki/opiekunki prawnej)*

*………………………………………
(podpis ojca/opiekuna prawnego)*