|  |
| --- |
|  |

imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica /

prawnego opiekuna kandydata

|  |
| --- |
|  |

adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

|  |
| --- |
|  |

numer telefonu do kontaktu

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

**w roku szkolnym 2023/2024**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

|  |
| --- |
|  |

imię i nazwisko dziecka

do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej im. Adeli Goszczyńskiej   
we Wszeborach do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

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

data podpisy rodziców/prawnych opiekunów