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

miejscowość , data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Przedszkola w Zespole Szkół nr 6 w Leńczach**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

imię i nazwisko dziecka

numer PESEL dziecka

do Przedszkola w Zespole Szkół nr 6 w Leńczach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ............................................... | .............................................. |
| podpis matki/ opiekuna prawnego | podpis ojca /opiekuna prawnego |