

Sieniawa, dnia

.....
Imię i nazwisko dziecka - kandydata

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnegoopiekuna

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnegoopiekuna

.....
Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego
w Szkole Podstawowej w Sieniawie im. Tadeusza Kościuszki**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Sieniawie im. Tadeusza Kościuszki
do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024//2025.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna