Żarów, dnia………………….…

# POTWIERDZENIE WOLI

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

**………………………………………………………………………….**

/Imię i nazwisko dziecka/

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

numer PESEL

dziecka

do Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Żarowie, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

**Adres zameldowania dziecka:**

**Adres zamieszkania:**

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

 podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Decyzja dyrektora o przyjęciu/odmowie przyjęcia dziecka \***

Uzasadnienie odmowy przyjęcia

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

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

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

…………………………………..

 pieczątka i podpis dyrektora

Żarów, dnia ………………………….

\*niepotrzebne skreślić