………………………………………… ………………………….
*Imię i nazwisko rodzica (opiekuna) miejscowość i data*

…………………………………………

…………………………………………

Adres do korespondencji

Pani

Hanna Dawidowska

Dyrektor Szkoły Podstawowej

w Kożyczkowie

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………… do Oddziału Przedszkolnego w Garczu

 *(imię i nazwisko dziecka)*

 przy Szkole Podstawowej w Kożyczkowie na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………

*Podpis rodzica (opiekuna), data*