

Orle, dnia

.....

.....

.....

imiona i nazwiska rodziców

adres do korespondencji

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Jana Brzechwy w Orlu

POTWIERDZENIE WOLI

uczęszczania do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym **2022/2023** mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego

w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Orlu

.....

(podpis rodziców)