

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy –

rodzica / prawnego opiekuna kandydata

**POTWIERDZENIE WOLI RODZICA KANDYDATA
ZAKWALIFIKOWANEGO DO ODDZIAŁU
PRZEDSZKOLNEGO SAMORZĄDOWEJ SZKOŁY
PODSTAWOWEJ IM. JANA BRZECHWY W ORLU**

Potwierdzam wolę, aby moje dziecko

.....
(imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym 2017/2018 do oddziału przedszkolnego
Samorządowej Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Orlu, do którego
zostało zakwalifikowane.

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis rodziców / prawnych opiekunów