

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 **2023/2024** mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego
w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Orlu

.....
(podpis rodziców)