

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica /prawnego opiekuna kandydata

.....
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej
im. Powstańców Wielkopolskich w Pawłowicach.

.....
data

.....
Podpisy rodziców/opiekunów prawnych