

Kobylnica, dnia

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego
w Szkole Podstawowej
im. Kornela Makuszyńskiego w Kobylnicy**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

ur. dniaw

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Kobylnicy, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2019/2020.

.....
podpis matki /prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA SZKOŁY

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego przez rodziców/ prawnych opiekunów,

.....
imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęta/y do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Kobylnicy na rok szkolny 2019/2020.

.....
pieczęć i podpis dyrektora