Łapszanka, dnia ………………….

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZENIA WOLI RODZICA**

**DOTYCZĄCE UCZĘSZCZANIA DZIECKA**

**DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ W ŁAPSZANCE**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka:

 ………….......................................................................................................................................

imię i nazwisko dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Łapszance na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………….

……………………………………..

Data i podpis rodziców/prawnych opiekunów