**POTWIERDZENIE WOLI**

uczęszczania dziecka do oddziału przedszkolnego   
w Szkole Podstawowej im. św. Stanisława Kostki w Strzegowie

na rok szkolny 2025/2026

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka: |  |
| Adres zamieszkania dziecka: |  |
| Data urodzenia dziecka i miejsce: |  |
| PESEL |  |

*Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka do oddziału zerowego,   
do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(data i podpisy rodziców/prawnych opiekunów)