

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do przedszkola/ oddziału przedszkolnego
na rok szkolny 2024/2025

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

- do Publicznego Przedszkola w Widawie
- do Oddziału zamiejscowego w Brzykowie

.....
(data)

.....
(podpis rodzica/ prawnego opiekuna)