

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

.....
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji/ telefon

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej
im. rtm. W. Pileckiego w Zakrzowie
na rok szkolny 2024/2025

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. rtm. W. Pileckiego w Zakrzowie.

.....
data

.....
podpisy rodziców/prawnych opiekunów