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. dnia………………………………w ……………………………………….

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Kobylnicy, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

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

 *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 2024/2025.

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

 *pieczęć i podpis dyrektora*