

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA
do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi
im. Polskich Noblistów w Kruszyńcu
na rok szkolny 2025/2026

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

zakwalifikowanego do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi im. Polskich Noblistów w Kruszyńcu.

Deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w Oddziale Przedszkolnym.

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