Tłuszcz, dnia ........................................

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI ZAPISU DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
przy SZKOLE PODSTAWOWEJ im. JANA PAWŁA II w TŁUSZCZU**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)\*

potwierdzam wolę zapisu dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*..............................................................................*

 *(imię i nazwisko dziecka) (numer PESEL dziecka)*

do Oddziału Przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Tłuszczu do którego dziecko zostało zakwalifikowane na rok szkolny 2020/2021.

 **……………………………………………………**

 *(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)\**

\*niepotrzebne skreślić