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