Załącznik nr 2

 …………………………………………….
                                                              ( miejscowość, )

 **Dyrektor
 Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II**

 **w Tłuszczu**

**DEKLARACJA WOLI PODJĘCIA NAUKI
W ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ
IM. JANA PAWŁA II W TŁUSZCZU**

 Deklaruję, że moje dziecko ………………………………………………………………..
 ( imię i nazwisko dziecka )

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

urodzone

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

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok miejsce urodzenia) (numer PESEL/seria i numer paszportu
 lub innego dokumentu potw. tożsamość dziecka)

będzie uczęszczało do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Tłuszczu w roku szkolnym 2021/2022.

 ……………………………………………
 ( podpis rodzica/rodziców/
 opiekunów prawnych dziecka)