Załącznik nr 3

    …………………………………………….   
                                                              miejscowość,

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

**w Tłuszczu**

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

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

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

urodzone

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

data urodzenia dziecka (numer PESEL/seria i numer paszportu  
 lub innego dokumentu potw. tożsamość dziecka)

będzie uczęszczało do oddziału przedszkolnego Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Tłuszczu w roku szkolnym 2024/2025

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