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)