Ostrów dnia…………………………………

Imię i nazwisko dziecka – kandydata: …………………………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna ……………………………………………………………

Adres zamieszkania …...…………………………………………………………………………………

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Lotników Alianckich w Ostrowie**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

do Szkoły Podstawowej im. Lotników Alianckich w Ostrowie do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 20… /20… .

………………………………………………………………………………..

Data i czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna