.......................................................... Ładzyń, dnia ….................................

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

..........................................................

..........................................................

Adres do korespondencji

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka ….......................................................................................

 imię i nazwisko dziecka

nr PESEL (dziecka) …................................................................................................................

do:

\* Przedszkola w Ładzyniu, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025

\* oddziału przedszkolnego (zerówki) przy Szkole Podstawowej im. K. K. Baczyńskiego w Ładzyniu, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025

\*niepotrzebne skreślić

.....................................................................................

 Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna