……………………………………………..
miejscowość, data

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

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

**Potwierdzenie woli**

 **przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

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

(imię i nazwisko dziecka)

**do oddziału przedszkolnego
przy Szkole Podstawowej im. Prymasa Tysiąclecia
ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Babicach**

**na rok szkolny 2024/2025**

............………………………………………………………………...

Data i czytelny podpis matki/prawnego opiekuna

............………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis ojca/prawnego opiekuna