…………………………………………

 *(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

…………………………………………

…………………………………………

 *(adres zamieszkania)*

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka …………………………………………………………………

 *(imię, nazwisko dziecka)*

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Kinkajmach na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………….

*(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

\*Należy złożyć do sekretariatu szkoły od dn.19.04.2024 r. do dn. 26.04.2024 r. a w uzupełniającym 29.08.2024 r.

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

…………………………………………

 *(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

…………………………………………

…………………………………………

 *(adres zamieszkania)*

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka …………………………………………………………………

 *(imię, nazwisko dziecka)*

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Mikołaja Kopernika w Kinkajmach na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………….

*(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

\*Należy złożyć do sekretariatu szkoły od dn.19.04.2024 r. do dn. 26.04.2024 r. a w uzupełniającym 29.08.2024 r.

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*