……………..………………

*(miejscowość, data)*

………………………………………

*(imię i nazwisko rodzica)*

………………………………………

*(adres do korespondencji)*

 Dyrektor Przedszkola

 w Szczytnikach Duchownych

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………..… *(imię i nazwisko kandydata)* do Przedszkola w ………………………………………….. na rok szkolny 2024/2025.

 *……………………………*

 *(podpis rodzica)*