Miejscowość, data

………………………….………………………………………

Imię i nazwisko rodzica

……………………………………………………………………….

Adres

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

SZ.P.

Dyrektor Przedszkola Publicznego

w Starych Siołkowicach

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna ………………………………………………. do Przedszkola Publicznego w Starych Siołkowicach na rok szkolny 2024/2025.

………………………………………………………….

(podpis rodziców/prawnych opiekunów)