

.....
imię i nazwisko rodzica dziecka

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego tzw. „zerówki”

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego tzw. „zerówki” realizującej obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne w Szkole Podstawowej w Łapalicach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2025/2026.

.....
data

.....
podpisy rodziców / prawnych opiekunów