

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Zarszynie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Zarszynie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

data

r.

.....

(czytelny podpis rodziców)

**rodzice - należy przez to rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem (art. 4 pkt 19 ustawy – Prawo oświatowe)*