Smolice, dnia ……...

…….…….
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……..
Adres zamieszkania

Potwierdzenie woli uczęszczania dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Aleksandra Kamińskiego w Smolicach

Potwierdzenie *

Oświadczam, że moje dziecko:
Imię i nazwisko .....
będzie uczęszczało od ……. do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Aleksandra Kamińskiego w Smolicach

.....
Czytelne podpisy rodziców

* Rodzic (opiekun prawny) wypełnia po zakwalifikowaniu kandydata do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Aleksandra Kamińskiego w Smolicach