 

*Szkoła Podstawowa im. T. Kościuszki w Stróżach*

……………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

…………………….…………………………

(adres zamieszkania)

………………………………………….……

# Dyrektor

**Szkoły Podstawowej im. T. Kościuszki**

**w Stróżach**

***Sprawa: potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego***

Niniejszym wyrażam wolę przyjęcia mojej/mojego córki/syna

………………………………….…………………………… PESEL ,

(*imię i nazwisko dziecka)*

zamieszkałej/zamieszkałego w: ……………………………...…………………………………….

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Stróżach na rok szkolny 2024/2025.

Stróże, dnia ……………… r.

……………………………………………………….

 (podpis rodzica/prawnego opiekuna)