Żabi Róg, \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_r.

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej im. Irena Kwinto**

**w Żabim Rogu**

**OŚWIADCZENIE**

woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego

rok szkolny 2024/2025

Ja niżej podpisany / podpisana\* potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL dziecka:

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Ireny Kwinto w Żabim Rogu, do którego zostało zakwalifikowane.

\*niewłaściwe skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna