………………………………………..

………………………………………..

*(Imię i nazwisko rodzica/rodziców)*

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA**

**DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**SZKOŁY PODSTAWOWEJ W ROZDRAŻEWIE**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko kandydata)*

zakwalifikowanego do

…………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa i adres oddziału przedszkolnego)*

na rok szkolny 2024/2025

……………………………….. ……………………………

*(miejscowość, data) (podpis rodzica/rodziców)*

Potwierdzenie woli składane jest w terminie od 5 do 11 marca 2024 r. do godz. 1500 wyłącznie w przypadku gdy dziecko zostało zakwalifikowane przez komisję rekrutacyjną.