…………………………………………………………

 Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA**

**do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej w Sarnowie**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka …………………………………………

 Imię i nazwisko kandydata

zakwalifikowanego do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej
w Sarnowie na rok szkolny 2020/2021.

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

 Data Czytelny podpis wnioskodawcy – rodzica/prawnego opiekuna dziecka