Sarnów, dnia ………………………

**POTWIERDZENIE WOLI**

**podjęcia nauki w oddziale przedszkolnym
 przy Publicznej Szkole Podstawowej w Sarnowie**

Potwierdzam wolę podjęcia nauki mojego dziecka …………………………………

 Imię i nazwisko kandydata

zakwalifikowanego do oddziału przedszkolnego przy Publicznej Szkole Podstawowej
w Sarnowie na rok szkolny 2021/2022.

 ……………………..………………………………

 Czytelny podpis wnioskodawcy – rodzica/prawnego opiekuna dziecka