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