

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres

.....

.....
Tel. kontaktowy

**Do Dyrektora
Szkoły Podstawowej
im. Marii Konopnickiej w Golach
Pani Beaty Jackowskiej**

**OŚWIADCZENIE
potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego
przy Szkole Podstawowej w Golach¹**

Ja niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko rodzica)

oświadczam i potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Numer PESEL dziecka)

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Golach na rok szkolny 2019/2020.

.....
Data i czytelny podpis rodzica

¹ Zgodnie z art. 158 ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo Oświatowe* komisja rekrutacyjna przyjmuje kandydata do danego publicznego przedszkola/publicznej szkoły, jeżeli w wyniku postępowania rekrutacyjnego kandydat został zakwalifikowany oraz złożył wymagane dokumenty.