……………………………

 Miejscowość, data

……………………………………………

 Imię i nazwisko rodzica

……………………………………………

 Adres

……………………………………………

…………………………………………....

 Tel. kontaktowy

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Potwierdzenie woli uczęszczania dziecka do Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Golach**

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka w roku szkolnym 2020/21 do

 przedszkola, oddziału przedszkolnego, klasy pierwszej *(podkreślić właściwe):*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko dziecka |  |
| Imię dziecka |  |
| Adres zamieszkania |  |

 …….……………………………….

 Data i czytelny podpis rodzica