

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko rodzica

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOŁA LUB ODDZIAŁU
PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

do Gminnego Przedszkola w Cegłowie*

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej im Marii Konopnickiej w Golach*

na rok szkolny 2025/2026.

(*podkreślić właściwe)

.....
(podpis rodzica)