Hedwiżyn, 01.03.2024 r.

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej**

**w Hedwiżynie na rok szkolny 2024/2025**

 Potwierdzam/y wolę przyjęcia dziecka …................................................................................

 (imię i nazwisko dziecka)

ur. dnia………………………………w ……………………………………….

do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Hedwiżynie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

….................................................................. …............................................................

 podpis matki /prawnego opiekuna podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA SZKOŁY

 W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego przez rodziców/ prawnych opiekunów.......................................................................

 imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęta/y do Oddziału Przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Hedwiżynie na rok szkolny 2024/2025.

…................................................................

 pieczęć i podpis dyrektora