Oleśnica, dnia ……………

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI PRZYJĘCIA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ GMINY OLEŚNICA IM. ADAMA MICKIEWICZA W OLEŚNICY**

**Potwierdzam wolę zapisu dziecka:**

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

…………………………………………

 *( imię i nazwisko dziecka) (nr pesel dziecka)*

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej Gminy Oleśnica im. Adama Mickiewicza

 w Oleśnicy, do którego dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych

 …………………………….. …………………………………

 *podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego*