…………………………………………………….. ………………………………… ***Imię i nazwisko rodzica / opiekuna Miejscowość i data***

……………………………………………………..

……………………………………………………..

***Adres zamieszkania, telefon***

***OŚWIADCZENIE RODZICA***

***Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do określonej placówki***

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2024/2025 **do oddziału przedszkolnego tzw. „zerówki”** przy Szkole Podstawowej im. mjra Henryka Sucharskiego w Chmielnie przez moje dziecko :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko dziecka

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

Numer Pesel dziecka

…..……………………………………………………………

Podpis rodzica / opiekuna prawnego