

.....
(miejsowość, data)



Pani Aleksandra Rembalińska-Grygiel
(imię i nazwisko)

Dyrektor Przedszkola
Samorządowego w Garbatce-
Letnisku „Pod Sosnową Szyszką”

.....
imiona i nazwiska rodziców

.....
adres do korespondencji

.....
adres email rodziców

POTWIERDZENIE WOLI
uczęszczania do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2024/2025 mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do Przedszkola Samorządowego w Garbatce-Letnisku „Pod Sosnową Szyszką”.

.....
(podpis rodziców)