**Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna**

**Potwierdzenie  woli  zapisu przyjęcia** **dziecka do oddziału** **przedszkolnego**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

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

(imię i nazwisko kandydata)

zakwalifikowanego  **do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej w Michalu na rok szkolny 2017/2018**

 **…………………………………    …………………………………**

 Data Czytelny podpis wnioskodawcy- rodzica/
 opiekuna prawnego  dziecka