Oddział Przedszkolny

Szkoły Podstawowej im. Jury Gajdzicy w Cisownicy

z siedzibą Oddziału w Goleszowie-Równi.

………………………….....…………........………….

*Nazwisko i imię rodzica / opiekuna prawnego dziecka*

**OŚWIADCZENIE WOLI**

 Niniejszym oświadczam, że potwierdzam wolę przyjęcia na rok szkolny 2021/2022

mojego dziecka .................................................................................................................... ,

 (imię i nazwisko dziecka)

do Oddziału Przedszkolnego Szkoły Podstawowej im. Jury Gajdzicy w Cisownicy z Siedzibą

Oddziału w Goleszowie – Równi.

................................................................. ................................................................................

 (miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)