

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres do korespondencji)

Pani
Elżbieta Markowska
Dyrektor Publicznego Przedszkola
przy Publicznej Szkole Podstawowej
im. Żołnierzy II Armii Wojska
Polskiego w Tomaszowie Bol.

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola

Potwierdzam/y wolę przyjęcia dziecka
(imię i nazwisko dziecka)
nr PESEL (dziecka) do oddziału przedszkolnego/punktu
przedszkolnego*) przy Publicznej Szkole Podstawowej im. Żołnierzy II Armii Wojska Polskiego
w Tomaszowie Bolesławieckim, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok
szkolny.....

.....
(podpisy rodziców)

*) niepotrzebne skreślić