

Wojciechowo,

.....
(nazwisko i imiona matki dziecka/prawnego opiekuna)

.....
(adres zamieszkania matki dziecka/prawnego opiekuna)

.....
(telefon)

.....
(nazwisko i imiona ojca dziecka/prawnego opiekuna)

.....
(adres zamieszkania ojca dziecka/prawnego opiekuna)

.....
(telefon)

Dyrektor

Szkoły Podstawowej im. E. Estkowskiego
w Wojciechowie

OŚWIADCZENIE WOLI

przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego w roku szkolnym 2024/2025

W związku z umieszczeniem mojego/naszego* dziecka:

Imię (imiona) i nazwisko dziecka:

PESEL:

na liście zakwalifikowanych kandydatów do oddziału przedszkolnego w roku szkolnym 2024/2025 oświadczam/oświadczamy*, że wyrażam/wyrażamy* **wolę przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego** przy Szkole Podstawowej im. Ewarysta Estkowskiego w Wojciechowie.

Podpis rodzica/rodziców (prawnych opiekunów):

.....

.....

* niepotrzebne skreślić