………………………………………… …………………………………………

 (Imię i nazwisko rodzica) (miejscowość, data)

…………………………………………………………………

 (adres)

…………………………………………………………………

 **Dyrektor**

 **Szkoły Podstawowej**

 **im. mjr. Henryka Sucharskiego w Mazowszu**

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna …………………………………………………………………………………………………( imię i nazwisko dziecka) do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Mazowszu na rok szkolny ……………………………. .

 ……………………………………………………

 ( podpis rodzica)