………………………………………… …………………………………………

(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)