

.....
(Imię i nazwisko rodzica)

.....
(miejsowość, 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)