……………………………………………………………..

 Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

 Adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

 **POTWIERDZENIE WOLI**

 **przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2024/2025**

Oświadczam, że potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Imię i nazwisko dziecka

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Rożnowie Nowogardzkim

…………………………………………… ………….......... …………………………………………..

 Miejscowość, data Podpisy rodziców/prawnych opiekunów