……………………………………………………………..

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