

**POTWIERDZENIE WOLI**  
**zapisu dziecka do ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO w szkole podstawowej**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
Data i miejsce urodzenia

do **ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO** w *Publicznej Szkole Podstawowej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Nowym Mieście nad Pilicą, ul. Szkolna 4*, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....  
Podpis rodzica/prawnego opiekuna