

Nowe Miasto nad Pilicą

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO w szkole podstawowej
na rok szkolny 2024/2025

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