……………..………………

*(miejscowość, data)*

…………………..............………

*(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)*

…………….........………………

*(adres do korespondencji)*

***Pani***

***Elżbieta Białecka   
 Dyrektor   
 Publicznej Szkoły Podstawowej   
 im. Kazimierza Wielkiego   
 w Szadkowicach***

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki / mojego syna

…………………………….................................… do Oddziału Przedszkolnego

*(imię i nazwisko dziecka)*

w Publicznej Szkole Podstawowej im. Kazimierza Wielkiego w Szadkowicach na rok szkolny 2023/2024.

*.........…………………………..…*

*(podpis rodzica/prawnego opiekuna)*