……………..………………

 *(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)*