

.....
miejsowość , data

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do Oddziału Przedszkolnego w ZS nr 7 w Barwałdzie Średnim

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

numer PESEL dziecka

do Oddziału Przedszkolnego w ZS nr 7 w Barwałdzie Średnim, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego