Widuchowa, dnia ..............................

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej
im. Władysława Szafera w Widuchowej**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka ..............................................................................................

 (imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka) ....................................................................................................................

do oddziału oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Władysława Szafera
w Widuchowej, do której zostało zakwalifikowane w roku szkolny m 2017/2018.

.....................................................................

podpis rodzica /prawnego opiekuna