Stanin, ….………….. 2024r.

 (miejscowość, data)

………………………………………

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

………………………………………

(adres zamieszkania)

**Dyrektor**

**Publicznej Szkoły Podstawowej
w Staninie**

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka ……………………………...

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………

PESEL …………………………………. do oddziału przedszkolnego w Publicznej Szkole Podstawowej w Staninie na rok szkolny 2024/2025

w godzinach: od……………… do …………………

 ……………………………………

  (podpis rodzica/prawnego opiekuna)