

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka)

Izbiska, dn.

.....
.....
(adres do korespondencji)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej
w Izbiskach**

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki / mojego syna*
..... (imię i nazwisko dziecka) do oddziału
przedszkolnego Szkoły Podstawowej w Izbiskach na rok szkolny 2025/2026.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(podpis rodzica)