

Rogoźno, dnia

OŚWIADCZENIE

Potwierdzenie przez rodzica kandydata woli przyjęcia

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

..... zamieszkałego

(data urodzenia)

(adres zamieszkania)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 2 im. Olimpijczyków Polskich w Rogoźnie w roku szkolnym 2024/2025.

.....

(czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)