Stargard, dnia ……………….

POTWIERDZENIE WOLI
ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
 W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 8 W STARGARDZIE

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

………………………………………………………………………………………………… imię i nazwisko dziecka

zamieszkałego…………………………………………………………………………………

numer PESEL dziecka…………………………………………………………………………

do oddziału 0 w SP nr 8 w Stargardzie, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

……………………………………
podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Stargard, dnia ……………….

POTWIERDZENIE WOLI
ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
 W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 8 W STARGARDZIE

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

………………………………………………………………………………………………… imię i nazwisko dziecka

zamieszkałego…………………………………………………………………………………

numer PESEL dziecka…………………………………………………………………………

do oddziału 0 w SP nr 8 w Stargardzie, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

……………………………………
podpis rodzica/ opiekuna prawnego