

.....
Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych

**POTWIERDZENIE WOLI
ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR1
IM. T. KOŚCIUSZKI W SIEKIERCZYNIE NA ROK SZKOLNY 2026/2027**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka:

.....
Imię (Imiona) i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej Nr 1 im. T. Kościuszki w Siekierczynie do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
Czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
Czytelny podpis ojca /opiekuna prawnego