

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
miejscowość, data

.....
.....
adres zamieszkania

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka

Potwierdzam wolę przyjęcia dzieckaurodzonej/go
do:

oddziału 3-4-latków *
oddziału 5-6-latków*

*podkreślić właściwe

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka