

# Potwierdzenie przez rodziców kandydata woli zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego

Józefów, dnia.....

## O ś w i a d c z e n i e

Potwierdzam, że moje dziecko .....

*(imię i nazwisko dziecka)*

ur. .... będzie w roku szkolnym 2019/2020 uczęszczało  
do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 3 im. Łączniczek Armii  
Krajowej w Józefowie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....  
(Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych )