Załącznik nr 4
Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Dywitach

FORMULARZ POTWIERDZENIA WOLI ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ W DYWITACH

Niniejszym potwierdzam wolę zapisu dziecka

…….…….,
/imię i nazwisko/

numer PESEL | | | | | | | | | | | |

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Marii Zientary-Malewskiej z oddziałami Dwujęzycznymi w Dywitach.

……
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

……, dnia ……..