***Załącznik nr 4***

**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 w Dywitach.

………………………………………… Podpis rodzica/opiekuna prawnego

………………………, dnia ………………………..