

.....
miejsowość i data

Do Dyrektora
Przedszkola Publicznego w Rydzynie

OŚWIADCZENIE POTWIERDZENIA WOLI ZAKWALIFIKOWANIA

Potwierdzam wolę przyjęcia zakwalifikowania mojego dziecka

.....
imię i nazwisko dziecka

na rok szkolny 2017 / 2018 do Przedszkola Publicznego w Rydzynie,

oddział w

.....
Podpis rodziców/opiekunów

