Łubin Kościelny, dnia .....

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego/szkoły podstawowej

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…….....

imię i nazwisko dziecka

Nr PESEL ……

do oddziału przedszkolnego / klasy I* Szkoły Podstawowej im Jana Pawła II w Łubinie Kościelnym do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

…….

*niepotrzebne skreślić