**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU** **DZIECKA**

**DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

**W ZESPOLE SZKÓŁ IM. JANA PAWŁA II W ŁOPUSZNIE**

**W ROKU SZKOLNYM 2017/2018**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka:

 …………...........................................................................................

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Zespole Szkół im. Jana Pawła II w Łopusznie , do którego dziecko zostało zakwalifikowane.

Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z opieki i zajęć organizowanych w oddziale przedszkolnym w godzinach ……………………………….. .

Czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

………………………… ……………………………………….

 /matka/ /ojciec/