

**POTWIERDZENIE WOLI RODZICA KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO PUBLICZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ
IM. A. GRUBBY W ZELGOSZCZY**

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

.....

(Imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym 2024/2025 do Oddziału Przedszkolnego
Publicznej Szkoły Podstawowej im. A. Grubby w Zelgoszczy.

Zelgoszcz, dnia

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna