............................................. Trybsz, ……. 03.2020r.

 Imię i nazwisko rodzica

.............................................

…………………………….

 (Adres)

 Dyrektor Szkoły Podstawowej

 im. Świętej Elżbiety Węgierskiej w Trybszu

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna

…………………………………………………….............................................................. (imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Świętej Elżbiety Węgierskiej
w Trybszu na rok szkolny 2020/2021.

................................

 podpis rodzica