............................................. Trybsz, ……………….

 Imię i nazwisko rodzica

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

…………………………….

 (Adres)

 Dyrektor Szkoły Podstawowej

 im. Świętej Elżbiety Węgierskiej w Trybszu

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

**pracującego w godzinach 8:00 – 13:00**

Niniejszym potwierdzam wolę/ nie potwierdzam woli przyjęcia mojej córki/mojego syna

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

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Świętej Elżbiety Węgierskiej
w Trybszu na rok szkolny 2024/2025.

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

 podpis rodzica

\*niepotrzebne skreślić