**OŚWIADCZENIE O WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania rodzica/ prawnego opiekuna

Oświadczam , że potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. J. Markiewicza w Orzeszkowie

w roku szkolnym 2024/2025 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ miejscowość i data / / czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/