

Włosienicy

.....  
(Imię i nazwisko rodzica)

.....  
.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(miejscowość i data)

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA  
DO PRZEDSZKOŁA SAMORZĄDOWEGO WE WŁOSIENICY**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka:

.....  
/ imię i nazwisko dziecka/

zakwalifikowanego do Przedszkola Samorządowego we Włosienicy na rok  
szkolny 2024/2025.

.....  
(czytelny podpis rodzica )