Świdwin, …………………………

…………………………………………….

 Imię i nazwisko dziecka – kandydata

……………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

…………………………………………….

 Adres zamieszkania

…………………………………………….

**POTWIERDZENIE WOLI**

**Zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

………………………………………………………………………………

imię i nazwisko dziecka

 ………………………………………………………………………………..

 numer pesel dziecka

do Publicznej Szkoły Podstawowej nr 1 im. Orła Białego w Świdwinie,

do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2024/2025.

 ………………………………......................

 Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

……………………………………………..

 Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna