

.....  
Imię i Nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

.....  
Adres zamieszkania

.....  
numer telefonu

.....  
adres mail

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DO SAMORZĄDOWEGO PRZEDSZKOLA  
W MAGNUSZEWIE Ul. Bohaterów Września 10, 26-910 Magnuszew**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka:

.....  
(Imię i nazwisko kandydata)

zakwalifikowanego do Samorządowego Przedszkola w Magnuszewie na rok szkolny  
2023/2024 r.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy rodzica/  
prawnego opiekuna dziecka