……………..………………

(miejscowość, data)

…………………………………………………

 (imię i nazwisko rodzica)

…………………………………………………

 (adres do korespondencji)

Pan/Pani

 ….……………………………………………………….

 **Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej
 im. ks. Jana Twardowskiego w Kamieniu**

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………..………………………. *(imię i nazwisko dziecka)*
do oddziału przedszkolnego w Publicznej Szkole Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Kamieniu na rok szkolny 2024/2025.

*……………………………………..………..…*

 *(podpis rodzica)*