

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. BOHATERÓW WARSZAWY
W BUKOWINIE TATRZAŃSKIEJ

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko kandydata)

urodzonego dnia zakwalifikowanego do oddziału
(data urodzenia)

przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Bohaterów Warszawy w Bukowinie
Tatrzańskiej w roku szkolnym 2026/2027.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna