**……………………………………**

(imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)

**……………………………………**

(imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)

Skrwilno, dnia ……………………..

**POTWIERDZENIE RODZICA KANDYDATA WOLI ZAPISU DZIECKA**

 **DO ZESPOŁU SZKÓŁ W SKRWILNIE – GMINNE PRZEDSZKOLE**

Potwierdzam wolę zapisu/przyjęcia dziecka:

…………………………………………………………………………………………………...

 (imię i nazwisko dziecka)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer PESEL dziecka

do Zespołu Szkół w Skrwilnie -Gminne Przedszkole, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

……………………………………. ……………………………………..

podpis matki/opiekun prawny podpis ojca/ opiekun prawny