…………………………………………………………………………………………...

Imię i nazwisko wnioskodawcy –rodzica / prawnego opiekuna kandydata

**POTWIERDZENIE WOLI**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

imię i nazwisko dziecka

do Oddziału Zamiejscowego w Wolicy Ługowej Publicznego Przedszkola Nr1 w Sędziszowie Małopolskim do którego zostało zakwalifikowane   
do przyjęcia.

………………… ……………………………………………………………

data podpisy rodziców/prawnych opiekunów