……………..………………

*(miejscowość, data)*

………………………………………

*(imię i nazwisko rodzica)*

………………………………………

……………………………………...

*(adres do korespondencji)*

Dyrektor Zespołu

Szkolno – Przedszkolnego w Wiźnie

 Pl. kpt. Władysława Raginisa 12

 18-430 Wizna

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………..…………………………………. *(imię i nazwisko kandydata)* do Przedszkola Publicznego w Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Wiźnie na rok szkolny 2023/2024.

*…………………………..…*

*(podpis rodzica)*