..... Łebno, dnia .....

.....

.....
imię i nazwisko rodziców/adres

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka .....
(imię i nazwisko dziecka)

ur. dnia.....w .....PESEL:.....

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie , do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2025/2026.

....
podpis matki /prawnego opiekuna podpis ojca/prawnego opiekuna

---

ADNOTACJA DYREKTORA SZKOŁY

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie

przez rodziców/ prawnych opiekunów,.....
imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęta/y do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie na rok szkolny 2025/2026.

.....
pieczęć i podpis dyrektora

Oświadczenie potwierdzenia woli przyjęcia składają rodzice kandydatów zakwalifikowanych w terminie wg załącznika Nr 1 do Zarządzenia Nr 174/VI/2025 Wójta Gminy Szemud z dnia 27 stycznia 2025 roku w sprawie terminów postępowania rekrutacyjnego oraz postępowania uzupełniającego na rok szkolny 2025/2026 do przedszkola, innej formy wychowania przedszkolnego i oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej prowadzonych przez Gminę Szemud.

*niepotrzebne skreślić