

Tomaszów Maz., dn.....

.....
Imiona i nazwisko rodziców*

.....
adres zamieszkania
.....

OŚWIADCZENIE POTWIERDZENIA WOLI PRZYJĘCIA

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

Imię i nazwisko

.....
PESEL

**do oddziału przedszkolnego Szkoły Podstawowej nr 9 im. ks. Jana Twardowskiego
w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 9 w Tomaszowie Mazowieckim na rok szkolny 2021/2022.**

.....
Czytelny podpis rodzica (matki)

.....
Czytelny podpis rodzica (ojca)

*rodzic – należy przez to rozumieć także prawnego opiekuna dziecka oraz osobę (podmiot)
sprawujący pieczę zastępczą nad dzieckiem

