**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA**

**DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

(imię i nazwisko dziecka)

do **oddziału przedszkolnego** w Szkole Podstawowej nr 5
im. dra Aleksandra Majkowskiego w Kartuzach, do którego zostanie zakwalifikowane na rok szkolny 2024/2025.

 …………………………………………………………

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)