

**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 2026/2027.

.....

(podpis rodziców / opiekunów prawnych)

**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 2026/2027.

.....

(podpis rodziców / opiekunów prawnych)

**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 2026/2027.

.....

(podpis rodziców / opiekunów prawnych)