**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 2025/2026.

 …………………………………………………………

(podpis rodziców / opiekunów prawnych)