

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)
do **Ośrodka Wychowania Przedszkolnego** w Szkole Podstawowej nr 5 im. dra Aleksandra
Majkowskiego w Kartuzach, do którego zostanie zakwalifikowane na rok szkolny 2026/2027.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)
do **Ośrodka Wychowania Przedszkolnego** w Szkole Podstawowej nr 5 im. dra Aleksandra
Majkowskiego w Kartuzach, do którego zostanie zakwalifikowane na rok szkolny 2026/2027.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu:

.....
(imię i nazwisko dziecka)
do **Ośrodka Wychowania Przedszkolnego** w Szkole Podstawowej nr 5 im. dra Aleksandra
Majkowskiego w Kartuzach, do którego zostanie zakwalifikowane na rok szkolny 2026/2027.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)