

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka zakwalifikowanego* w postępowaniu rekrutacyjnym
do oddziałów przedszkolnych w szkole Podstawowej z oddziałami przedszkolnymi im. Jana
Brzechwy w Justynowie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko kandydata

.....
PESEL kandydata

do oddziałów przedszkolnych w szkole Podstawowej z Oddziałami Przedszkolnymi im. Jana Brzechwy
w Justynowie do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny **2026/2027**

.....
/podpis wnioskodawcy/

***Zakwalifikowanie dziecka do przedszkola nie jest równoznaczne z jego przyjęciem.**