(miejscowość i data)

………………………………………………………….

………………………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

………………………………………………….………..

……………………………………….…………………..

(adres zamieszkania)

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

do **oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Wojska Polskiego w Zegrzu**, **adres: ul. Oficerska 3, 05-131 Zegrze**

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

(nazwa i adres przedszkola/oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej)

wskazanego przez Burmistrza Miasta i Gminy Serock.

………………………………………………….

………………………………………………….

podpisy rodziców/prawnych opiekunów