**OŚWIADCZENIE WOLI**

**ZAPISU DZIECKA DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka ……………………………………………..

 *(imię i nazwisko dziecka)*

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Choroszczy

do którego dziecko zostało zakwalifikowane na **rok szkolny 2025/2026**

Choroszcz, dn. ……………………. …………..…………………………………………..

*(czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów)*