

.....
(imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania matki/opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania ojca/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam wolę zapisania dziecka
(imię i nazwisko)

do Przedszkola Nr / oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 6
z Oddziałami Przedszkolnymi w Cieszynie* na rok szkolny 2024/2025.

.....
(podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(podpis ojca/opiekuna prawnego)

* wybierz właściwe