

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....

.....

.....
(adres do korespondencji)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej
im. Stefana Kardynała
Wyszyńskiego w Żalnie**

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka

Potwierdzam wolę przyjęcia:

.....

(imię i nazwisko kandydata)

Do oddziału przedszkolnego / klasy* Szkoły Podstawowej im. Stefana Kardynała
Wyszyńskiego w Żalnie.

*niepotrzebne skreślić

.....
(podpis rodzica)