. . . . . . . . . . . . . . . ., . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (miejscowość, data)

(Nazwisko i imiona matki dziecka / prawnego opiekuna)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(adres zamieszkania matki dziecka / prawnego opiekuna)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (telefon kontaktowy)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(Nazwisko i imiona ojca dziecka / prawnego opiekuna)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(adres zamieszkania ojca dziecka / prawnego opiekuna)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 (telefon kontaktowy)

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej**

**im. por. Stefana Rysmanna**

**w Bronikowie**

# **OŚWIADCZENIE WOLI**

 **przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego**

 **przy Szkole Podstawowej im. por. Stefana Rysmanna w Bronikowie**

 **w roku szkolnym2025/2026**

W związku z umieszczeniem mojego/naszego dziecka:

*Imię i nazwisko dziecka. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . PESEL . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

na liście zakwalifikowanych kandydatów do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. por. Stefana Rysmanna w Bronikowie w roku szkolnym 2024/2025 oświadczam/oświadczamy \*, że wyrażam/wyrażamy \* wolę przyjęcia dziecka do

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*nazwa i adres przedszkola*

 Podpisy rodziców (prawnych opiekunów)

 ………………………………………

………………………………………

\* niepotrzebne skreślić