

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres zamieszkania

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU

Potwierdzam wolę zapisu do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Kozłowie Biskupim w roku szkolnym 2021/2022 mojego dziecka

..... ur.
Nazwisko i imię (imiona) dziecka *data urodzenia*

Kozłów Biskupi, dnia

.....
podpisy rodziców

Należy zwrócić do szkoły w terminie od 13.04 do 16.04.2021r.