……..…….....
imię i nazwisko rodzica dziecka

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego tzw. „zerówki”

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

……
imię i nazwisko dziecka

……
numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego tzw. „zerówki” realizującej obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne w Szkole Podstawowej Nr 2 im. Mikołaja Kopernika w Kartuzach, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2024 / 2025.

……
data

…….
podpisy rodziców / prawnych opiekunów