

.....  
*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 2025/2026.

.....  
*data*

.....  
*podpisy rodziców/prawnych opiekunów*