

Starachowice, dnia

**OŚWIADCZENIE WOLI RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
DOTYCZĄCE UCZĘSZCZANIA DZIECKA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 9
W STARACHOWICACH W ROKU SZKOLNYM 2023 / 2024**

Potwierdzamy wolę uczęszczania dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 9
(data urodzenia)

w Starachowicach.

.....
(czytelny podpis matki / opiekunki prawnej)

.....
(czytelny podpis ojca / opiekuna prawnego)
