……………………………………………………………………. Piastów dn………………………………….

Nazwisko i Imię – rodzica

..………………………………………………

Adres do korespondencji

……………………………………………….

Tel.

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1**

**w Piastowie**

**Pisemne potwierdzenie woli rodziców przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego w szkole, do której dziecko zostało zakwalifikowane.**

Wyrażam wolę przyjęcia mojej/mojego córki/syna………………………………………………………………………………….

 (Nazwisko i Imiona) rok urodzenia dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 1 w Piastowie, w której zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 2017/2018.

……………………… ……………………………………

 Data Czytelny podpis rodziców