

Rożnów, 2025 r.

**Potwierdzenie przez rodzica kandydata woli przyjęcia
do oddziału przedszkolnego
w Szkole Podstawowej im. Polski Niepodległej w Rożnowie**

Potwierdzam, że chcę, by moje dziecko
(imię i nazwisko dziecka)

zostało przyjęte do oddziału przedszkolnego na rok szkolny 2025/ 2026.

.....
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego dziecka)