



Maciejowice, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego
w Publicznej Szkole Podstawowej im. T. Kościuszki w Maciejowicach
na rok szkolny 2026/2027

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

numer PESEL dziecka

do oddziału przedszkolnego w Publicznej Szkole Podstawowej im. T. Kościuszki
w Maciejowicach na rok szkolny 2026/2027 , do której ubiegało się o przyjęcie.

.....

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego
podpis ojca /opiekuna prawnego