

Godowa, dnia .....

.....

.....

(imię i nazwisko rodzica/rodziców  
/opiekunów prawnych)

.....

.....

(adres zamieszkania)

## **POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

Data i miejsce urodzenia

do Przedszkola Publicznego w Godowej do którego zostało  
zakwalifikowane do przyjęcia.

.....

Data i podpis dyrektora

.....

Podpis rodzica