

.....  
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA**  
**DO PRZEDSZKOLA MIEJSKIEGO NR ...../**  
**ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR .....<sup>1</sup>**

..... **W ŚWINOUJŚCIU**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko kandydata) (data urodzenia)

zakwalifikowanego do Przedszkola Miejskiego nr ...../oddziału przedszkolnego w Szkole  
Podstawowej nr .....<sup>2</sup> ..... w Świnoujściu na rok  
szkolny ..... r.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis  
rodzica/opiekuna prawnego dziecka

---

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić  
<sup>2</sup> niepotrzebne skreślić