**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOLA**

**SAMORZĄDOWEGO NR 2 W CEDRACH MAŁYCH – DO KTÓREGO ZOSTAŁO ZAKWALIFIKOWANE**

Niniejszym potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka.…………………………………………

do Przedszkola Samorządowego nr 2 w Cedrach Małych \*………………………………………………………………………………………………………

na rok szkolny 2023/2024.

…………………............ …………………………………………………

(data) ( czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

\*Wpisać nazwę :

1. Oddziale w Przedszkolu Samorządowym przy ul. Wiślanej 11/4

2. Oddziale zamiejscowym z siedziba w Koszwałach przy ul. Lipowej 15

3. Oddziale zamiejscowym z siedzibą w Trutnowach przy ulicy Piotra i Pawła 3