Nowiny dnia……………..………………

…………………………………………………………..

*(imię i nazwisko rodzica)*

……………………………………………………………..

*(adres do korespondencji)*

Dyrektor Przedszkola Samorządowego im. Pluszowego Misia w Nowinach

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do przedszkola**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………..……………………………………………………..

*(imię i nazwisko kandydata)*

do Przedszkola Samorządowego im. Pluszowego Misia w Nowinach na rok szkolny 2024/2025.

*…………………………..……………………….*

*(podpis rodzica)*