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)*