**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA**

DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 2 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI IM. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO W WARCE

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka ……………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko dziecka)

 zakwalifikowanego do Publicznej Szkoły Podstawowej nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi im. Kazimierza Pułaskiego w Warce na rok szkolny 2017/2018.

………………………………… ……………………………………………………………

(Data ) ( Czytelny podpis rodzica/ opiekuna)