OŚWIADCZENIE WOLI RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO
 DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 2 IM. GUSTAWA GIZEWIUSZA
W OSTRÓDZIE

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

…………………………………………………………………………………………………
(Imię i nazwisko dziecka)

 uczęszczało w roku szkolnym 2017/2018 do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 2
 im. Gustawa Gizewiusza w Ostródzie

 …………………………………………………..

Ostróda, dnia .……………… Podpis rodziców / prawnych opiekunów