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