

Wola Kalinowska, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

OŚWIADCZENIE
WOLI POZOSTAWIENIA DZIECKA 6- LETNIEGO
w oddziale przedszkolnym

Szkoły Podstawowej im. Władysława Szafera w Woli Kalinowskiej

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka:

DANE DZIECKA:

.....
(imiona i nazwisko), urodzonego dn.w

zamieszkałego:.....

(adres)

w roku szkolnym 2019/2020 do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej im. Władysława Szafera w Woli Kalinowskiej.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 Kodeksu Karnego).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodziców/opiekunów prawnych