

.....
(Imię i nazwisko rodzica)

.....
(Adres do korespondencji)

Dyrektor Zespołu Szkół w Cieszynie

ul. Kościelna 17

63-435 Sośnie

POTWIERDZENIE

Potwierdzam wolę przyjęcia do Przedszkola w Zespole Szkół w Cieszynie mojej

córki*/mojego syna.....
(imię i nazwisko)

ur. dnia
(data urodzenia)

w.....
(miejsce urodzenia)

zamieszkałej/zamieszkałego.....
..... (adres zamieszkania)

.....
(data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić