

**Potwierdzenie przez rodzica kandydata woli przyjęcia  
do Publicznego Przedszkola w Golasowicach**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki / mojego syna

.....

(imię i nazwisko dziecka)

do Publicznego Przedszkola w Golasowicach w roku szkolnym 2024/2025.

.....

czytelny podpis/y rodzica/ów