
Imię i nazwisko rodzica* kandydata

Miejscowość, data

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE WOLI PODJĘCIA NAUKI W ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM

Potwierdzam wolę podjęcia nauki przez _____

(imię i nazwisko kandydata)

od 01.09.2024 r. w oddziale przedszkolnym w Szkole Podstawowej nr 2 im. Józefa Piłsudskiego
w Sierakowicach.

Podpis rodzica

Pouczenie:

* Zgodnie z art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 2248 ze zm.) przez rodziców należy rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem.