……………………………………….. Lubatowa, dnia …………………..

………………………………………..

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych

…………………………………………………

…………………………………………………

Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIA**

1. **Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej   
   im. Jana Pawła II w Lubatowej:**

Niniejszym potwierdzamy wolę przyjęcia naszego dziecka: ..........................................................

*(imię i nazwisko dziecka)*

urodzonego …………………………………. do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej  
 *(data urodzenia dziecka)*

im. Jana Pawła II w Lubatowej w roku szkolnym 2024/2025.

………………………………………….

*podpisy rodziców/opiekunów prawnych*

1. **Oświadczam, że ojciec/matka\* dziecka nie może złożyć podpisu na wniosku o przyjęcie dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Lubatowej ponieważ:**
2. przebywa za granicą,
3. nie żyje,
4. nie jest mi znany adres zamieszkania ojca/matki\*,
5. inne: ……………………………………………………………….…………………………..……

………………………………………….

*podpis rodzica/opiekuna prawnego*

*\* - zaznaczyć właściwe*