



**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO
W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 12 W GDYNI
IM. GEN. MARIUSZA ZARUSKIEGO**

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 202__/202__
do oddziału przedszkolnego
w Szkole Podstawowej nr 12 w Gdyni

przez moje / nasze dziecko
imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr PESEL dziecka

(w przypadku braku nr PESEL proszę wpisać serię i numer paszportu
lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Gdynia, dn.
.....
czytelne podpisy rodziców¹

¹ Ilekroć jest mowa bez bliższego określenia o rodzicach – należy przez to rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem zgodnie z art. 4 pkt 19 ustawy Prawo oświatowe z dnia 2016 (Dz. U. z 2020 r. poz. 910).