

**OŚWIADCZENIE WOLI RODZICA
KANDYDATA ZAKWALIFIKOWANEGO DO ODDZIAŁU
PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. JULIANA
BARTOSZEWICZA W ŻARNOWIE
w roku szkolnym 2026/2027**

Wyrażam wolę, aby moje dziecko

(Imię i nazwisko dziecka)

uczęszczało w roku szkolnym **2026/2027** do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej
im. Juliana Bartoszewicza w Żarnowie.

Żarnów, dn.

.....
.
.....
.....
.

Podpis rodziców / prawnych opiekunów