

Załącznik nr 2

Wejherowo, dnia

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

imiona i nazwiska rodziców

adres do korespondencji

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 6 w Wejherowie
ul.Śmiechowska 36
84-200 Wejherowo

POTWIERDZENIE WOLI

uczęszczania do oddziału przedszkolnego

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2024/2025 mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 6
w Wejherowie.

.....
(podpis rodziców)