Sędzimirowice, dnia ……

……

/Imię i nazwisko rodzica – prawnego opiekuna/

……

/adres do korespondencji/

# OŚWIADCZENIE POTWIERDZENIA WOLI

## zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Sędzimirowicach

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka

……

/imię i nazwisko dziecka/

do dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej w Sędzimirowicach na rok szkolny 2018/2019.

…….....

/ podpis rodzica, prawnego opiekuna/

---

Oświadczenie potwierdzenia woli przyjęcia, składają rodzice kandydatów zakwalifikowanych **w terminie od 26.03.2018r. do 28.03.2018r**. do godz. 15.00, zgodnie z pkt.5 załącznika nr 1 do Zarządzenia nr 319/2017 Burmistrza Błaszek z dnia 19 stycznia 2018r. w sprawie ustalenia harmonogramu czynności w postępowaniu rekrutacyjnym oraz w postępowaniu uzupełniającym do publicznych przedszkoli i klas I szkól podstawowych prowadzonych przez Gminę Błaszki na rok szkolny 2018/2019.