

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
Telefon

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 3 im.  
Wojsk Obrony Powietrznej Kraju  
w Gryficach**

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału rocznego przygotowania  
przedszkolnego (tzw. ZERÓWKI)**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka.....  
(imię i nazwisko kandydata)

do oddziału rocznego przygotowania przedszkolnego przy Szkole Podstawowej nr 3 im. Wojsk  
Obrony Powietrznej Kraju **na rok szkolny** ...../.....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)