Sokołów Podl. ,dnia ………………………………………

 Potwierdzam wolę przyjęcia do oddziału przedszkolnego Publicznej Szkoły Podstawowej nr 1 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Janusza Kusocińskiego w Sokołowie Podlaskim mojego dziecka ………………………………………………………………………

 …………………………………………………….

 (czytelny podpis rodzica)

 Sokołów Podl. ,dnia ………………………………………

 Potwierdzam wolę przyjęcia do oddziału przedszkolnego Publicznej Szkoły Podstawowej nr 1 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Janusza Kusocińskiego w Sokołowie Podlaskim mojego dziecka ………………………………………………………………………

 …………………………………………………….

 (czytelny podpis rodzica)

 Sokołów Podl. ,dnia ………………………………………

 Potwierdzam wolę przyjęcia do oddziału przedszkolnego Publicznej Szkoły Podstawowej nr 1 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Janusza Kusocińskiego w Sokołowie Podlaskim mojego dziecka ………………………………………………………………………

 …………………………………………………….

 (czytelny podpis rodzica)