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)