

Gdynia, dnia ..... 2026 r.

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU  
DO ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO W SZKOLE PODSTAWOWEJ**

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2026/27 do oddziału przedszkolnego

**w Szkole Podstawowej nr 17 im. wiceadm. Józefa Unruga w Gdyni**

(nazwa szkoły podstawowej)

przez moje/nasze dziecko:

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

*numer PESEL dziecka*

*(w przypadku braku nr PESEL proszę wpisać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)*

.....  
*podpis(y) rodzica/rodziców (opiekuna/opiekunów)\**

**\* rodzice** – należy przez to rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem.