........................................................... Koszyce, .................................
(Imię i nazwisko) (data)
...........................................................
...........................................................
(adres)

...........................................................

(nr telefonu)

Dyrektor
Przedszkola Samorządowego w Centrum Oświatowym w Koszycach
ul. M. Skłodowskiej-Curie 4a
32-130 Koszyce

**PROŚBA O WYPISANIE DZIECKA Z PRZEDSZKOLA**

Proszę o wypisanie mojej córki/mojego syna ............................................................................. ………… (Imię i nazwisko dziecka

(Nr PESEL dziecka) ................................................. z Przedszkola Samorządowego w Centrum

Oświatowym w Koszycach z dniem ..................................... .

..............................................................

 ( podpis rodzica)