

Starogard Gdański, dnia 2026 r.

Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego:

.....

.....

Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE WOLI PODJĘCIA NAUKI W SZKOLE

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(adres zamieszkania dziecka)

w roku szkolnym 2026/2027 do pierwszej klasy w

Publicznej Szkole Podstawowej nr 6 im. Jana Pawła II w Starogardzie Gdańskim.

.....
Podpis rodzica / Opiekuna prawnego