

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 4 z oddziałami integracyjnymi im. Juliusza Słowackiego w Starogardzie Gdańskim.

.....

Podpis rodzica / Opiekuna prawnego