

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 3 im.

Władysława Broniewskiego w Starogardzie Gdańskim.

.....  
Podpis rodzica / Opiekuna prawnego