

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 2 im. Marii
Konopnickiej w Starogardzie Gdańskim.

.....
Podpis rodzica / Opiekuna prawnego