

Świdnik, dnia.....

POTWIERDZENIE WOLI

ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ

Niniejszym potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

Numer PESEL

do
(nazwa szkoły podstawowej)

do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025

.....
(Podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(Podpis ojca/opiekuna prawnego)