POTWIERDZENIE WOLI

uczęszczania do Szkoły Podstawowej nr ……………………………………

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2024/2025 do klasy ………………………………………………………………………………

 ucznia, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem

 .......................................................................................................................
 imię i nazwisko dziecka

………………………………………………………………………………

 adres zamieszkania dziecka

……………………………………. ……………………………………………

podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego

Żary, data…………………………………..

POTWIERDZENIE WOLI

uczęszczania do Szkoły Podstawowej nr ……………………………………

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2024/2025 do klasy ………………………………………………………………………………

 ucznia, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem

 .......................................................................................................................
 imię i nazwisko dziecka

………………………………………………………………………………

 adres zamieszkania dziecka

……………………………………. ……………………………………………

podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego

Żary, data…………………………..