

.....
(imiona i nazwisko- rodziców)

.....
(adres do korespondencji)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej.....
W

Potwierdzenie woli zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego/pierwszej klasy

Potwierdzam, że moje dziecko*.....
(imię i nazwisko dziecka)

w roku szkolnym 2019/2020 będzie uczęszczała/uczęszczał do oddziału przedszkolnego/
klasy pierwszej* Szkoły Podstawowej w

.....
data

.....
czytelny podpis rodziców

*Wybraną odpowiedź proszę podkreślić