………………………………………………………………………………………………..

*Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych*

**POTWIERDZENIE WOLI**

**ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 1**

**IM. T. KOŚCIUSZKI W SIEKIERCZYNIE NA ROK SZKOLNY 2024/2025**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka:

……………......................................................................................................................

*Imię (Imiona) i nazwisko dziecka*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*numer PESEL dziecka*

do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej Nr 1 im. T. Kościuszki w Siekierczynie do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

……………………………….. ........................................................

Czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego Czytelny podpis ojca /opiekuna prawnego