....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna Miejscowość, data

.....

.....
Adres zamieszkania

Sz. P.
mgr Mariola Świderska - Kulka
Dyrektor Szkoły Podstawowej im. Janusza Korczaka w Kleszczowie

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do

Szkoły Podstawowej im. Janusza Korczaka w Kleszczowie

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna

…… .....
(imię i nazwisko dziecka)

do Szkoły Podstawowej im. Janusza Korczaka w Kleszczowie na rok szkolny 2024/2025 .

…… ……
(czytelny podpis matki/opiekuna) (czytelny podpis ojca/opiekuna)