

Skarszewy, dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

.....
Adres

POTWIERDZENIE WOLI
przyjęcia dziecka do klasy I Szkoły Podstawowej nr 2 im. Mikołaja Kopernika
w Skarszewach

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka:

.....
Imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer PESEL dziecka

Do klasy I Szkoły Podstawowej nr 2 im. Mikołaja Kopernika w Skarszewach, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego