

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do klasy pierwszej w przy Szkole Podstawowej
im. Jana Brzechwy w Zofiówce

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka) do klasy pierwszej w Szkole
Podstawowej im. Jana Brzechwy w Zofiówce, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia
na rok szkolny 2024/2025.

.....
podpis matki/
prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/
prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA SZKOŁY

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do szkoły
przez rodziców prawnych opiekunów,
(imię i nazwisko dziecka)

zostaje przyjęta/y do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Zofiówce
na rok szkolny 2024/2025.

.....
pieczęć i podpis dyrektora