

POTWIERDZENIE WOLI uczęszczania do I klasy

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym/.....
do Szkoły Podstawowej Nr 5 z Oddziałami Integracyjnymi
im. Jana Pawła II w Kołobrzegu
dziecka, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem*

.....
imię i nazwisko dziecka

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

Nr PESEL dziecka

.....
adres zameldowania dziecka (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

.....
podpis matki/opiekuna prawnego *

.....
podpis ojca/opiekuna prawnego *

.....
miejscowość i data

*niepotrzebne skreślić