………………………………………………

*(miejscowość, data)*

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do klasy I**

**Szkoły Podstawowej im. Obrońców Ojczyzny**

**w Nowym Miszewie**

**w Zespole Placówek Oświatowych w Nowym Miszewie**

**ul. Szkolna 2, 09-470 Bodzanów**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka: ……………………………………………………………..

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

*(imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka)*

**do klasy I Szkoły Podstawowej im. Obrońców Ojczyzny w Nowym Miszewie,** do której zostało ono zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2024/2025.

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon do kontaktu:** ……………………………  ………………………………………………  *(podpis matki/ opiekuna prawnego)* | ……………………………………  *(podpis ojca/ opiekuna prawnego)* |