………………………………………………

 *(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)*  |