............................................................................... Końskie,………………………………2024r.

Imię i nazwisko dziecka–kandydata

...............................................................................

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

...............................................................................

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

...............................................................................

Adres zamieszkania

**POTWIERDZENIE WOLI**

przyjęcia dziecka do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej nr2 im. Stanisława Staszica w Końskich

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

................................................................................................................................................................................................................................ imię i nazwisko dziecka

................................................................................................................................................................................................................................ numer PESEL dziecka

do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/2025.

……………………………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

……………………………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna