

.....
Imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna) kandydata

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do klasy pierwszej
w Szkole Podstawowej nr 2 im. Tadeusza Kościuszki w Skierniewicach
na rok szkolny 2024/2025

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

Pesel, zamieszkały/a,
.....

zakwalifikowanego do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej nr 2
im. Tadeusza Kościuszki w Skierniewicach na rok szkolny 2024/2025 r.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis prawnego opiekuna kandydata)