

Libiąż, dnia .....

**POTWIERDZENIE WOLI  
zapisu dziecka do szkoły podstawowej**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

/ imię i nazwisko dziecka /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

/numer PESEL dziecka/

do klasy I Szkoły Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi w Zespole Szkolno – Przedszkolnym z Oddziałami Integracyjnymi w Libiążu, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....  
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....  
podpis ojca / opiekuna prawnego

---

