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

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

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