 POTWIERDZENIE WOLI

Uczęszczania do Szkoły Podstawowej nr 5 im. prof. Adama Wodziczki w Swarzędzu

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym …………………………………………. do Szkoły Podstawowej nr 5 w Swarzędzu mojego dziecka, którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem.

Imię/ imiona i nazwisko dziecka …………………..……………………………………………………  
nr pesel dziecka .....................................................................................................  
adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zameldowania dziecka (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

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

podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego

................................................. .................................................  
 miejscowość, data miejscowość, data