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

imiona i nazwiska rodziców Miejscowość, data

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

adres

…………………………………

**Sz. P.**

**Dyrektor Zespołu Edukacyjnego nr 1 w Świebodzinie**

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do szkoły**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna ......................................................................................................... (imię i nazwisko dziecka) do Szkoły Podstawowej nr 6 im. Kornela Makuszyńskiego w Świebodzinie na rok szkolny 2024/2025

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

 podpis rodzica podpis rodzica