Strzyżów, dnia ....2024 r.

…….....
Imię i nazwisko rodzica/rodziców

.....

.....
adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 2
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Marii Konopnickiej
w Strzyżowie

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do szkoły podstawowej

Niniejszym potwierdzam/y wolę przyjęcia **dziecka** .....
(imię i nazwisko dziecka)

do **klasy pierwszej** Szkoły Podstawowej Nr 2 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Marii Konopnickiej w Strzyżowie na rok szkolny 2024/2025.

.....
podpis/y rodzica/rodziców