Strzyżów, dnia …….…. .07.2020 r.

………………………………….....................................

………………………………….....................................

(i*mię i nazwisko- rodzice)*

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

adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 2
w Strzyżowie

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału dwujęzycznego**

Niniejszym potwierdzamy wolę przyjęcia **naszego dziecka** ...............................................................................
 (imię i nazwisko dziecka) do **oddziału dwujęzycznego klasy siódmej** Szkoły Podstawowej Nr 2 w Strzyżowie na rok szkolny 2020/2021.

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

*(podpisy rodziców)*

Strzyżów, dnia …….…. .07.2020 r.

………………………………….....................................

………………………………….....................................

(i*mię i nazwisko- rodzice)*

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

adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 2
w Strzyżowie

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału dwujęzycznego**

Niniejszym potwierdzamy wolę przyjęcia **naszego dziecka** ...............................................................................
 (imię i nazwisko dziecka) do **oddziału dwujęzycznego klasy siódmej** Szkoły Podstawowej Nr 2 w Strzyżowie na rok szkolny 2020/2021.

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

*(podpisy rodziców)*