…………………………………………………………………….

(Imiona i nazwisko rodziców)

……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….

(adres do korespondencji)

 **Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1 im. Mikołaja Kopernika
w Siechnicach**

**ul. Szkolna 4**

**Siechnice 55-011**

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO**

**PIERWSZEJ KLASY**

 Potwierdzam, że moje dziecko ……………………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

w roku szkolnym 2019/20120 będzie uczęszczało do pierwszej klasy Szkoły Podstawowej

nr 1 im. Mikołaja Kopernika w Siechnicach.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis rodziców)