…………………………………………………………………….

(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)