|  |
| --- |
| imię i nazwisko wnioskodawcy- matki / opiekuna prawnego\* |
| imię i nazwisko wnioskodawcy- ojca / opiekuna prawnego\* |
| adres do korespondencji w sprawach rekrutacji |

# Potwierdzenie woli zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego / klasy pierwszej Szkoły Podstawowej Nr 2 im. Noblistów Polskich w Strykowie

Potwierdzam wolę zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego / klasy pierwszej Szkoły Podstawowej Nr 2 im. Noblistów Polskich w Strykowie[[1]](#footnote-1), do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka |  |
| PESEL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| data i podpis matki/ opiekuna prawnego\* *(\* niewłaściwe skreślić)* |  |
| data i podpis ojca/ opiekuna prawnego\* *(\* niewłaściwe skreślić)* |  |

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)