………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCFIA DO KLASY PIERWSZEJ**

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka.…………………………………………...........................

(imię i nazwisko kandydata)

Zakwalifikowanego do Szkoły Podstawowej im. Róży Kołaczkowskiej w Pliszczynie na rok szkolny 2025/2026

……………………. ……………………………………

 Data Czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Potwierdzenia należy dokonać pisemne**