………………………………………………………………………….

*(nazwisko i imię rodzica/prawnego opiekuna)*

**POTWIERDZENIE WOLI**

**Zapisu dziecka do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej w Cielądzu**

Potwierdzam/my wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………………………………

*( nazwisko i imię dziecka)*

do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej w Cielądzu gdzie zostało zakwalifikowane
do przyjęcia na rok szkolny 2025/2026.

……………………………………… …….………………………………...……

*(data) (podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka)*