....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (miejscowość, data)

.....

……...
adres

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
im. Adama Mickiewicza
w Drawsku Pomorskim

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do oddziału zerowego/szkoły*

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia

mojej córki/mojego syna…….....
(imię i nazwisko dziecka)

do oddziału zerowego / klasy pierwszej* Szkoły Podstawowej nr 2
im. Adama Mickiewicza w Drawsku Pomorskim na rok szkolny 2024/2025 .

……..……..….....
(czytelny podpis rodziców / prawnych opiekunów)

*-niepotrzebne skreślić