

.....
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