Kobylany dnia, …....................................

**POTWIERDZENIE WOLI UCZĘSZCZANIA DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ**

**INFORMACJE O DZIECKU:**

1. Imię i nazwisko …........................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia

….............................................................. ................................................................

3. Adres zamieszkania …............................................................................................................................................................

Potwierdzam wolę podjęcia nauki w klasie pierwszej przez moje dziecko w Szkole Podstawowej im. por. Piotra Olka ps. „Gołąb” w Kobylanach w roku szkolnym 2025/2026.

W razie rezygnacji z chęci uczęszczania dziecka do Szkoły Podstawowej im. por. Piotra Olka ps. „Gołąb” w Kobylanach zobowiązuję się do poinformowania szkoły niezwłocznie, najpóźniej jednak do dnia 22 sierpnia 2025r.

….................................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

...…..............................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego\*