

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Imię i nazwisko rodzica*

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ  
SZKOŁY PODSTAWOWEJ W GOLACH**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im Marii Konopnickiej w Golach

na rok szkolny 2025/2026.

.....  
( podpis rodzica)