

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko rodzica

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ
W SZKOLE PODSTAWOWEJ**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data i miejsce urodzenia)

do klasy 1 w Szkole Podstawowej im Marii Konopnickiej w Golach

na rok szkolny 2026/2027.

.....
(podpis rodzica)