

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do klasy I Szkoły Podstawowej nr 7 z Oddziałami Integracyjnymi w Elku

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
(imię i nazwisko dziecka, numer PESEL dziecka)

do klasy I Szkoły Podstawowej nr 7 z Oddziałami Integracyjnymi w Elku

Data

Czytelny podpis rodzica

Czytelny podpis rodzica

*rodzice - należy przez to rozumieć także prawnych opiekunów dziecka oraz osoby (podmioty) sprawujące pieczę zastępczą nad dzieckiem (art. 4 pkt 19 ustawy – Prawo oświatowe)