Gołaszyn, dnia ……

……

Imię i nazwisko matki/prawnego opiekuna

……

Imię i nazwisko ojca/prawnego opiekuna

***OŚWIADCZENIE***

***POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. KORNELA MAKUSZYŃSKIEGO W GOŁASZYNIE***

Potwierdzenie woli należy złożyć po opublikowaniu listy kandydatów zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych, tj. od 11.04.2024 r. do 17.04.2024 r. Niezłożenie potwierdzenia woli w ww. terminie oznacza nieprzyjęcie dziecka do klasy pierwszej.

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego /naszego/ dziecka ……

(imię i nazwisko dziecka)

na rok szkolny 2024/2025 do Szkoły Podstawowej im. Kornela Makuszyńskiego w Gołaszynie do której zostało zakwalifikowane na podstawie listy kandydatów.

……

(podpis matki/prawnego opiekuna)

…….

(podpis ojca/prawnego opiekuna)