…………………………………………………………………………..…………………

*(imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych)*

……………………………………….…………………………………………………….

…………………………………..…………………………………………………………

*(adres do korespondencji w sprawach rekrutacji)*

*Wypełnia szkoła*

|  |  |
| --- | --- |
| *data wpływu* |  |

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA**

**DO SZKOŁY PODSTAWOWEJ IM. F. ŁAKIŃSKIEGO W ŁAZISKACH**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PESEL) do **przedszkola**/ **oddziału przedszkolnego/**

**klasy pierwszej\*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( nazwa szkoły)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data i czytelny podpis matki/opiekunki prawnej data i czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego

**\*niewłaściwe skreślić**