

Ostróda, dn.

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(adres zamieszkania rodzica/prawnego opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/podpisany, oświadczam, że potwierdzam wolę przyjęcia w roku
szkolnym 2019/2020 mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego do klasy pierwszej
(data i miejsce urodzenia)

Szkoły Podstawowej Nr 6 im. Kornela Makuszyńskiego w Ostródzie.

.....
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna)