

OŚWIADCZENIE WOLI

ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ

Potwierdzam wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej w Choroszczy

do którego dziecko zostało zakwalifikowane na **rok szkolny 2026/2027**

Choroszcz, dn.
(czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów)