

Police, dnia.....

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna
.....
.....
.....

adres zamieszkania rodzica/opiekuna

Dyrektor
Zespołu Szkół
im. Ignacego Łukasiewicza
w Policach

Oświadczenie Woli

Podjęcia nauki w klasie pierwszej roku szkolnym 2024/2025

Szkoły Podstawowej Mistrzostwa Sportowego z Oddziałami Dwujęzycznymi nr 9
w Policach

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

..... urodzonego.....

imię nazwisko dziecka

data urodzenia/miejsce

do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej Mistrzostwa Sportowego z Oddziałami Dwujęzycznymi nr 9 w Policach
w roku szkolnym 2024/2025

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna