

Mochy, dnia.....

.....

.....
(imiona i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

.....

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej
im. Jana Pawła II w Mochach

POTWIERDZENIE WOLI

Potwierdzam wolę uczęszczania dziecka.....,
(imię/imiona i nazwisko dziecka)

..... w roku szkolnym 2019/2020 do Szkoły
(numer PESEL dziecka)

Podstawowej im. Jana Pawła II w Mochach, w klasie

.....

podpis matki / opiekuna prawnego

.....

podpis ojca / opiekuna prawnego