Sokołowice, dnia ……………

**POTWIERDZENIE PRZEZ RODZICÓW KANDYDATA WOLI PRZYJĘCIA DO KLASY I**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. ORŁA BIAŁEGO W SOKOŁOWICACH**

**Potwierdzam wolę zapisu dziecka:**

…………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *( imię i nazwisko dziecka) (nr pesel dziecka)*

do klasy I w Szkole Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach, do której dziecko zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Czytelne podpisy rodziców/opiekunów prawnych

…………………………….. …………………………………

 *podpis matki/opiekuna prawnego podpis ojca/opiekuna prawnego*