………………………………………

*(imię i nazwisko rodzica/ów)*

………………………………………

*(adres do korespondencji)*

 Pan

 **Norbert Niestolik**

 Dyrektor

 Szkoły Podstawowej

 im. Tadeusza Kościuszki

 w Gaszowicach

**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do klasy I**

Potwierdzam wolę przyjęcia ……………………………..…… *(imię i nazwisko kandydata)* do klasy I Szkoły Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Gaszowicach na rok szkolny 2024/2025.