

Mochy, dnia.....

.....
.....
(imiona i nazwiska 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
(numer PESEL dziecka)

2024/2025 do Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Mochach, w klasie

.....
Podpis rodziców/opiekunów prawnych