Stargard……
data

……
imię i nazwisko Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE
POTWIERDZENIA WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA
do Szkoły Podstawowej nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi w Stargardzie

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka……..,
(imię i nazwisko kandydata)

które zostało zakwalifikowane do klasy pierwszej do Szkoły Podstawowej nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi na rok szkolny 2024/2025.

…….
podpis Wnioskodawcy