................................................

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

................................................

numer i seria dokumentu tożsamości

**Oświadczenie woli potwierdzenia przyjęcia dziecka do szkoły**

 Potwierdzam wolę podjęcia nauki przez moją córkę/syna\* ………………………………………………….

numer PESEL ……………............................................................ w klasie pierwszej Szkoły Podstawowej nr 2 im. Kombatantów Ziemi Gryfowskiej w Gryfowie Śląskim w roku szkolnym 2024/2025.

………………………………………….. ….……………………………………………………………………………….

 miejscowość, data podpis obojga rodziców/opiekunów prawnych

\*niepotrzebne skreślić

*W przypadku zakwalifikowania kandydata proszę o dostarczenie oświadczenia potwierdzającego przez rodzica wolę uczęszczania dziecka do Szkoły Podstawowej nr 2 w Gryfowie Śląskim* ***w terminie: od 21 lutego 2024r. do 01 marca 2024r.***