

.....  
Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych

**POTWIERDZENIE WOLI  
ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 2 IM. ZYGMUNTA  
KRASIŃSKIEGO W SIEKIERCZYNIE**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka:

.....  
Imię (Imiona) i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej Nr 2 im. Zygmunta Krasińskiego w Siekierczynie do  
której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2023/2024.

.....  
Czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego

.....  
Czytelny podpis ojca /opiekuna prawnego