…………………………..

 (miejscowość i data)

……………………………………………….

……………………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/rodziców/opiekunów prawnych)

…………………………………….…………

………………………………….……………

(adres zamieszkania)

**POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA**

**DZIECKA**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka: ……………………………………………………………...

 *(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)*

do Szkoły Podstawowej im. Ludwiki Wawrzyńskiej w Witoszowie Dolnym

……………………………………………… ……………………………………………………

*(podpis matki/opiekunki prawnej dziecka) (podpis ojca/opiekuna prawnego dziecka)*