



Szkoła Podstawowa im. Jana Pawła II w Grzędzicach
ul. Gryfa 6, 73-110 Grzędzice, tel.: 91 576 41 69

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy –rodzica/
prawnego opiekuna kandydata

.....

.....
adres do korespondencji w sprawach rekrutacji

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego / klasy pierwszej
(właściwe podkreśli)

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
numer PESEL

Do, do której zostało
pełna nazwa szkoły

zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
miejscowość, data

.....
podpis rodziców/prawnych opiekunów