

Miejscowość, data:

**OŚWIADCZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO SZKOŁY
PODSTAWOWEJ**

Ja, niżej podpisany/a
imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego:

.....

adres zamieszkania:

numer PESEL:

działając jako rodzic / opiekun prawny dziecka:

imię i nazwisko dziecka:

data i miejsce urodzenia:

numer PESEL dziecka:

niniejszym oświadczam, że wyrażam wolę przyjęcia mojego dziecka do
Szkoły Podstawowej im. Astrid Lindgren w Dąbrowie
od dnia

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem/am się ze statutem szkoły,
regulaminami oraz zasadami jej funkcjonowania i zobowiązuję się do ich
przestrzegania.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego:

.....