

Zabrze, dnia

.....

.....

(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

Dyrektor

Salezjańskiej Publicznej Szkoły Podstawowej

im. św. Dominika Savio w Zabrzu

POTWIERDZENIE WOLI

uczęszczania do klasy pierwszej

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2024/2025 mojego dziecka

.....

do klasy pierwszej w Salezjańskiej Publicznej Szkole Podstawowej im. św. Dominika Savio w Zabrzu.

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)