

Kielce, dn.

.....
(Imię nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

.....

.....
(Adres zamieszkania)

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do klasy pierwszej

Potwierdzam wolę zapisu dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(Numer PESEL dziecka)

**do Szkoły Podstawowej nr 5 im. Stefana Artwińskiego w Zespole
Szkolno-Przedszkolnym nr 2 w Kielcach ul. Wróbla 5, 25-437 Kielce**

**do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny
2026/2027**

.....
(czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego)

.....
(czytelny podpis ojca/ opiekuna prawnego)

