*Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do klasy pierwszej*

Wola Rafałowska, ………………….

(miejscowość, data)

……………………………………

(imię i nazwisko rodzica dziecka)

……………………………………

……………………………………

(adres)

**Sz. P.**

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**im. Stefana Kard. Wyszyńskiego**

**w Woli Rafałowskiej**

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki / mojego syna

 …………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka)

**do klasy pierwszej**

w Szkole Podstawowej im. Stefana Kard. Wyszyńskiego

w Woli Rafałowskiej

na rok szkolny 2024/2025.

……………..……………………………….

…………………………………………….

(podpis rodziców/opiekuna prawnego)