

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 **2026/2027.**

.....

.....
(podpis rodziców/opiekuna prawnego)