Mochy, dnia……….………….

……………………………………………..

……………………………………………..

 *(imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów)*

……………………………………………..

......................................................................

……………………………………………..

 *adres zamieszkania)*

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Jana Pawła II w Mochach

**POTWIERDZENIE WOLI**

Potwierdzam wolę uczęszczania dziecka …………………………………………………….

*(imię/imiona i nazwisko dziecka)*

……………………………………………………………………….….… w roku szkolnym

*(numer PESEL dziecka)*

2024/2025 do Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Mochach, w klasie ………………. .

……………………………………….

*Podpis rodziców/opiekunów prawnych*