Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej

im. Jana Brzechwy

w Szklarach Górnych

Szklary Górne 48

59-335 Lubin

**OŚWIADCZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA**

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka

**…………………………………………………………………………………………..**

imię i nazwisko dziecka

w roku szkolnym 2024/2025 do\* Szkoły Podstawowej im. Jana Brzechwy w Szklarach Górnych, Oddziału Przedszkolnego 5 latków, Oddziału Przedszkolnego 6 latków , Punktu Przedszkolnego 3 i 4 latków, przy Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Szklarach Górnych

\*niepotrzebne skreślić

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 kodeksu karnego).

…………… ………………… …………………………………….

 miejscowość data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego