Babimost, ………………….……

………………………………….

(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

………………………………….

………………………………….

 (adres zamieszkania)

Dyrektor

Szkoły Podstawowej w Babimoście

**Oświadczenie woli podjęcia nauki w szkole**

Niniejszym potwierdzam wolę podjęcia nauki przez moją córkę/ syna ………………………

…………………………………….. w pierwszej klasie Szkoły Podstawowej w Babimoście

w roku szkolnym ………………………...

………………………….....

*(podpis rodzica/opiekuna prawnego)*