**OŚWIADCZENIE WOLI**

 **ZAPISU DZIECKA DO KLASY PIERWSZEJ**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka ……………………………………………..

 *(imię i nazwisko dziecka)*

do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej w Choroszczy

do którego dziecko zostało zakwalifikowane na **rok szkolny 2025/2026**

Choroszcz, dn. ……………………. ……………………………..…………………………..

*(czytelny podpis rodziców/ prawnych opiekunów)*