

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres do korespondencji)

.....
Telefon

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 3 im.
Wojsk Obrony Powietrznej Kraju
w Gryficach**

Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do klasy pierwszej

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka.....
(imię i nazwisko kandydata)

do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej nr 3 im. Wojsk Obrony Powietrznej Kraju **na rok**
szkolny/.....

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)