

Międzyborów,

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
adres zamieszkania

Pan Dariusz Grabowski
Dyrektor
Zespołu Szkół Publicznych
W Międzyborowie

POŚWIADCZENIE WOLI

Potwierdzam, że mój/ moja syn/córka
/imię i nazwisko dziecka/

w roku szkolny 2024/2025 będzie uczęszczał/a do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im. Józefa Jagielskiego
w Zespole Szkół Publicznych w Międzyborowie ul. Staszica 5.

.....
podpis rodziców (opiekunów prawnych)

.....
Międzyborów,

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
adres zamieszkania

Pan Dariusz Grabowski
Dyrektor
Zespołu Szkół Publicznych
W Międzyborowie

POŚWIADCZENIE WOLI

Potwierdzam, że mój/ moja syn/córka
/imię i nazwisko dziecka/

w roku szkolny 2024/2025 będzie uczęszczał/a do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im. Józefa Jagielskiego
w Zespole Szkół Publicznych w Międzyborowie ul. Staszica 5.

.....
podpis rodziców (opiekunów prawnych)