……………………

 miejscowość i data

**POTWIERDZENIE przez rodziców kandydata woli przyjęcia**

 Potwierdzamy wolę zapisu dziecka:

|  |
| --- |
| **DANE DZIECKA** |
| Nazwisko |  |
| Imię (imiona) |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia/ województwo |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres zameldowania |  |
| PESEL (w przypadku braku PESEL seria i nr paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość) |  |

**do ……………………………………………………………………………….,***(nazwa szkoły)* **do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2018/2019**

 ……………………………………………..

 Podpis – Imię i nazwisko Matki/ Opiekunki Prawnej

 ……………………………………………..

 Podpis – Imię i nazwisko Ojca/ Opiekuna Prawnego