Dębica, dnia ……………………………

…………………………………………….

……………………………………………

*Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych*

…………………………………………….

……………………………………………

*Adres do korespondencji*

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 10**

 **w Dębicy im. ks. prof. A. F. Nosala**

**P O T W I E R D Z E N I E W O L I**

UCZĘSZCZANIA DO ODDZIAŁU ZEROWEGO/KLASY PIERWSZEJ\*

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka …………………………………………………………………………………..

 *(Imię i nazwisko dziecka)*

Nr PESEL: ˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽˽ do oddziału zerowego/klasy pierwszej\* w Szkole Podstawowej nr 10 w Dębicy im. ks. prof. Alojzego Franciszka Nosala w roku szkolnym 2024/2025.

……………………………………………………………

…………………………………………………………..

 *Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych*

\*niepotrzebne skreślić