



Szkoła Podstawowa nr 10
73-110 Stargard ul. Szkolna 2

☎ / fax: (091) 573-15-49 e-mail: sekretariat.sp10.stargard@wp.pl

OŚWIADCZENIE WOLI RODZICÓW / PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Potwierdzam wolę podjęcia przez syna/córkę*:

.....
(imię/imiona i nazwisko)

.....
(data i miejsce urodzenia dziecka)

nauki w klasie **zerowej / pierwszej*** Szkoły Podstawowej nr 10 w Stargardzie w roku szkolnym 2020/2021.

Stargard

.....
(podpis rodziców/ prawnych opiekunów)

* niepotrzebne skreślić