

.....  
(Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Miejscowość, data)

**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA**  
**DO KLASY PIERWSZEJ**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....  
*Imię i nazwisko dziecka*

.....  
*Numer PESEL dziecka*

do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Somoninie,  
do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia w roku szkolnym 2025/2026.

.....

.....