

Wieliczka, dnia .....

.....  
*imię i nazwisko dziecka*

.....  
*adres zamieszkania*

**POTWIERDZENIE WOLI UCZĘSZCZANIA DZIECKA  
DO KLASY PIERWSZEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ Z ODDZIAŁAMI  
INTEGRACYJNYMI NR 4 W WIELICZCE**

Potwierdzam że:

.....  
*nazwisko i imię dziecka*

w roku szkolnym 2017/2018 będzie uczęszczała/uczęszczał do Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi Nr 4 im. E. J. Jerzmanowskiego w Wielicze.

.....  
podpis rodzica (opiekuna prawnego)