

Miejscowość.....dnia.....

DEKLARACJA WOLI

Potwierdzam wolę zapisania mojego dziecka.....
/imię i nazwisko dziecka/

do Szkoły Podstawowej nr 4 im. Mikołaja Kopernika w Andrychowie w roku
szkolnym 2024/2025.

.....
Podpis Matki /opiekunki prawnej

.....
Podpis Ojca/opiekuna prawnego