



Gmina i Miasto
Nowe Skalmierzyce

POTWIERDZENIE WOLI zapisu dziecka do Szkoły Podstawowej

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

.....

Imię i nazwisko dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesel dziecka

d o Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi
im. Powstańców Wielkopolskich w Nowych Skalmierzycach
do którego zostało zakwalifikowane.

Dodatkowo dołączam informacje o dziecku (np. stan zdrowia, orzeczenie lub opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej, potrzeba szczególnej opieki, stosowana dieta, zalecenia lekarskie, itp.)

tak nie

..... , dnia

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

Przyjęcie potwierdzenia woli zapisu dziecka do szkoły.

.....
(data, podpis osoby przyjmującej dokument)