**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do Szkoły Podstawowej**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pesel dziecka

Do 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 przedszkola/oddziału przedszkolnego**

 **...........................................................**

(*podpis dyrektora przedszkola)*

**adres email szkoły: sp@noweskalmierzyce.pl**