…………………………, ……………………………………….

miejsce data

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

 *Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów\*,*

 *adres do korespondencji*

 **Dyrektor**

Szkoły Podstawowej
z Oddziałami Integracyjnymi nr 12

 AL. Kijowska 3

 30-079 Kraków

**POTWIERDZENIE WOLI**

**uczęszczania do szkoły podstawowej**

Potwierdzam wolę uczęszczania w roku szkolnym 2020/2021 do Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 12 w Krakowie dziecka,……………………………………………………………………………………………, którego jestem rodzicem/ prawnym opiekunem

…**……………………………………………………. …………………………………………………….**

 **podpis matki/opiekuna prawnego\* podpis ojca/opiekuna prawnego\***

\*niepotrzebne skreślić