…………………………, ……………………………………….

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