



*Publiczna Szkoła Podstawowa
Sióstr Zmartwychwstank
im. Bł. Siostry Alicji Kotowskiej*

Warszawa, dnia

**POTWIERDZENIE WOLI
uczęszczania dziecka do szkoły podstawowej**

Potwierdzam wolę uczęszczania dziecka:

.....
imię i nazwisko dziecka

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

numer PESEL dziecka

do Publicznej Szkoły Podstawowej Sióstr Zmartwychwstank im. bł. S. Alicji Kotowskiej
w Warszawie.

.....
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....
podpis ojca /opiekuna prawnego