



*Publiczna Szkoła Podstawowa  
Sióstr Zmartwychwstanek  
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 Szkoły Podstawowej Sióstr Zmartwychwstanek im. bł. S. Alicji Kotowskiej w Warszawie.

.....  
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....  
podpis ojca /opiekuna prawnego