

.....  
*Imię i nazwisko rodzica*

.....  
*Adres zamieszkania*

### POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka w roku szkolnym 2024/2025 do klasy pierwszej  
Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II i gen. Kazimierza Głabisza w Odolanowie

..... ur. ....  
*Nazwisko i imię (imiona) dziecka* *data urodzenia*

Odolanów, dnia .....  
*podpisy rodziców*

*Należy zwrócić do sekretariatu szkoły w terminie do 22.03.2024r.*

---