

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Adres zamieszkania

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU

Potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka w roku szkolnym 2025/2026 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 24.03.2025r.
