|  |
| --- |
| **Potwierdzenia woli zapisu dokonuje się tylko w jednej szkole** |

Warszawa, (data)

**Dane rodzica/prawnego opiekuna:**

imię i nazwisko:

**Potwierdzenie woli zapisu do szkoły**

Deklaruję wolę zapisu mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka):

do (nazwa szkoły) ,

do której zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 2025/2026.

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna