# C:\Users\SEKRETARZ\Desktop\Godło.pngSzkoła Podstawowa nr 2

**im. Janusza Korczaka**

**64-700 Czarnków, ul. Wroniecka 136**

**tel. + 48 67 255 22 83**

e-mail**:** sekretariat@sp2.czarnkow.pl www.sp2.czarnkow.pl

**POTWIERDZENIE WOLI**

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna …................................…………………………………………..

Adres zamieszkania ………...............................………………………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna …................................…………………………………………..

Adres zamieszkania: …………………................................…………………………………………………….

Potwierdzam wolę zapisu dziecka: ......................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko, nr PESEL dziecka)

 do Szkoły Podstawowej Nr 2 im. Janusza Korczaka w Czarnkowie

do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny **2025/2026.**

|  |
| --- |
| **Jednocześnie wyrażam chęć, aby moje dziecko uczęszczało na lekcje religii**(odpowiednie zaznaczyć) |
| **TAK** | **NIE** |

.............…………………………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

.………………............…………………………….

Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna

**Załącznik: Zdjęcie legitymacyjne (z nazwiskiem i imieniem/imionami dziecka na odwrocie)**