
(imię i nazwisko)

(adres)

(telefon)



Duszniki-Zdrój, dn. _____

***Dyrektor
Miejskiego Zespołu Szkół
w Dusznikach-Zdroju***

POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU

My, niżej podpisani _____ i _____
(imię i nazwisko matki) (imię i nazwisko ojca)

potwierdzamy wolę zapisu do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej z oddziałami
integracyjnymi, oddziałami sportowymi im. B. Czecha i H. Marusarzówny w Miejskim
Zespole Szkół w Dusznikach-Zdroju w roku szkolnym

naszego syna / córki* _____ ur. _____.
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

(podpis matki / opiekunki prawnej)

(podpis ojca / opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić