

(imię i nazwisko)

(adres)

(telefon)

Duszniki-Zdrój, dn. _____



MZS

MIEJSKI ZESPÓŁ SZKÓŁ
w Dusznikach-Zdroju

*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. Czechy 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