. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Świdwin, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . adres zamieszkania

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

**OŚWIADCZENIE**

**potwierdzające przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka wolę uczęszczania do klasy pierwszej**

 Deklaruję chęć uczęszczania mojego dziecka . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **do klasy pierwszej** w Publicznej Szkole Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 2 w Świdwinie w roku szkolnym 2024/2025. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku zgłoszenia dziecka do klasy pierwszej nie uległy zmianie. W przypadku zmian zobowiązuje się do przekazania informacji do sekretariatu szkoły.

 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka