

Zabrze, dn.....

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....

.....

(adres zamieszkania)

.....

(telefon)

Do Dyrekcji

Szkoły Podstawowej Nr 15

im. Ks. Jana Dzierżona

w Zabrzu, ul. Czołgistów 1

OŚWIADCZENIE WOLI

uczęszczania dziecka **spoza obwodu**

do Szkoły Podstawowej nr 15 im. Ks. Jana Dzierżona w Zabrzu

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka:

.....

(imię i nazwisko)

ur., zamieszkałego:

.....

do klasy pierwszej w roku szkolnym /.....

.....

(podpisy rodziców/opiekunów prawnych)