

STRYSZAWA, dnia.....

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

.....
(adres zamieszkania)

POTWIERDZENIE

Potwierdzam, że moje dziecko,
(imię i nazwisko dziecka)

ur....., zamieszkałe.....
(data urodzenia) (adres zamieszkania)

będzie realizować obowiązek szkolny w roku szkolnym **2017/2018** w szkole
obwodowej (w budynku Gimnazjum) w klasie

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)