Zambrów , dn. ……………………………

……………………………………………….

*Imię i nazwisko rodzica*

……………………………………………….

*Adres zamieszkania*

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej Nr 4
im. Władysława Broniewskiego
w Zambrowie**

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do klasy pierwszej**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka: .............................................................................................

 *(imię i nazwisko dziecka)*

do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej Nr 4 im. Władysława Broniewskiego w Zambrowie, w roku szkolnym 2024/2025 do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

……………………………….

 *czytelny podpis rodzica*