**Potwierdzenie woli przyjęcia dziecka do Szkoły Podstawowej Nr 4 w Gryficach**

Gryfice, dn. ..................

………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica dziecka

……………………………………………..

…………………………………………….

Adres zamieszkania

Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 4

 w Gryficach

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojej córki/mojego syna …………………………………………………do klasy ………………

do Szkoły Podstawowej Nr 4 w Gryficach na rok szkolny 2024/2025.

…………………………………

 podpis rodzica