

Białogard, dnia .....

.....  
( imię i nazwisko wnioskodawcy )

.....  
( adres )

## OŚWIADCZENIE POTWIERDZENIA WOLI PRZYJĘCIA

Potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka .....  
( imię i nazwisko kandydata )

1 Szkoły Podstawowej Nr 3 im. Bolesława Krzywoustego  
do .....klasy .....  
( nazwa szkoły )

w Białogardzie

.....  
na rok szkolny 2024/2025

.....  
( podpis wnioskodawcy )