Zabrze,_____

_____
(*Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna*)

_____
(*adres zamieszkania*)

_____
(*telefon*)

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 6
im. Marii Curie-Skłodowskiej w Zabrzu

Oświadczenie woli przyjęcia dziecka do oddziału dwujęzycznego

Niniejszym potwierdzam wolę przyjęcia mojego dziecka

_____ urodzonego _____ w _____
(Nazwisko i imię dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

do oddziału dwujęzycznego klasy VII publicznej Szkoły Podstawowej nr 6 im. Marii Curie-Skłodowskiej w Zabrzu w roku szkolnym 2024/2025.

_____
(*czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna*)