

Imię i nazwisko rodzica dziecka

Zał. 4.

.....

Adres do korespondencji

.....

.....

.....

**POTWIERDZENIE WYBORU**

**zapisu dziecka do klasy I SZKOŁY PODSTAWOWEJ INTEGRACYJNEJ IM. 100-LECIA ODZYSKANIA  
NIEPODLEGŁOŚCI PRZEZ POLSKĘ w MICIGOŹDZIE na rok szkolny 2026/2027**

**1. POTWIERDZENIE WYBORU**

**Potwierdzam wolę zapisu do klasy I Szkoły Podstawowej Integracyjnej im. 100-lecia Odzyskania  
Niepodległości przez Polskę w Micigoździe dziecka zakwalifikowanego do przyjęcia:**

Imię i nazwisko dziecka	
-------------------------	--

**Wstępnie deklaruję, że dziecko będzie korzystało z:**

<b>OPIEKI ŚWIETLICY SZKOLNEJ ( dla dzieci pracujących rodziców)</b>		<b>OBIADU TAK/ NIE</b>	<b>DOWOZU (w przypadku dziecka z orzeczeniem) TAK/ NIE</b>
od godz.	do godz.		

Micigozd, .....  
data

.....  
podpis matki/ opiekuna prawnego

.....  
podpis ojca/ opiekuna prawnego