……
Imię i nazwisko wnioskodawcy-rodzica
/prawnego opiekuna kandydata/

……
Adres do korespondencji w sprawach naboru

Komisja Rekrutacyjna

Zespołu Szkolno-Przedszkolnego Nr 17 w Gliwicach

Szkoła Podstawowa z Oddziałami Dwujęzycznymi Nr 17 w Gliwicach

POTWIERDZENIE WOLI

zapisu dziecka do klasy pierwszej na rok szkolny .....

w Szkole Podstawowej nr 17 w Gliwicach

Niniejszym potwierdzam wolę zapisu mojego dziecka:

Imię											
Nazwisko											
PESEL*											
Data urodzenia	Dzień				miesiąc				Rok		
Miejsce urodzenia											
Adres zamieszkania dziecka											
Miejscowość					Ulica						
Nr budynku					Nr lokalu						
Obwód szkolny zgodny z miejscem zameldowania											
Miejscowość					**Ulica**						
Nr budynku					**Nr lokalu**						

do klasy pierwszej w Szkole Podstawowej z Oddziałami Dwujęzycznymi nr 17 w Zespole Szkolno-Przedszkolnym Nr 17 w Gliwicach, do której zakwalifikowano dziecko w postępowaniu rekrutacyjnym.

Oświadczam, że potwierdzenie woli uczęszczania mojego dziecka do ZSP 17 w Gliwicach jest jednoznaczne z akceptacją wszystkich dokumentów obowiązujących w placówce (statut szkoły, regulaminy).

....
Gliwice, dnia Podpis rodzica/opiekuna prawnego