

Bystrzejowice Pierwsze, dnia .....

## POTWIERDZENIE WOLI

### zapisu dziecka do klasy pierwszej w Zespole Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych im. Heleny Babisz

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka .....  
imię i nazwisko dziecka

ur. dnia ....., PESEL : .....

do klasy pierwszej w Zespole Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych im. Heleny Babisz,  
do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia w postępowaniu rekrutacyjnym na rok szkolny  
2024/2025.

.....  
podpis matki/prawnego opiekuna

.....  
podpis ojca/prawnego opiekuna

### ADNOTACJA DYREKTORA ZESPOŁU SZKÓŁ W BYSTRZEJOWICACH PIERWSZYCH IM. HELENY BABISZ

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka  
do klasy pierwszej przez rodziców/prawnych opiekunów

.....  
imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęty/a do klasy pierwszej Zespołu Szkół w Bystrzejowicach Pierwszych  
na rok szkolny 2024/2025.

.....  
pieczęć i podpis dyrektora