

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 2025/2026.

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)