

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....

Adres zamieszkania

Szkoła Podstawowa w Słobódce

Słobódka 9, 16-411 Szypliszki

DEKLARACJA KONTYNUACJI EDUKACJI W PRZEDSZKOLU

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że mój/moja syn/córka:

Imię i nazwisko dziecka	Numer PESEL dziecka

w roku szkolnym 2026/2027 będzie kontynuował/ła naukę w Szkole Podstawowej w

Słobódce w grupie

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego