Bydgoszcz, dnia ........................................

...............................................................

/imię i nazwisko rodzica/

...............................................................

/numer kontaktowy rodzica/

POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO KLASY DWUJĘZYCZNEJ SZKOŁY PODSTAWOWEJ 17

W ROKU SZKOLNYM 2023/2024

Niniejszym potwierdzam wolę podjęcia nauki w klasie dwujęzycznej przez

…………………………………………… ……………………………………… (imię i nazwisko dziecka)

 nr PESEL dziecka ………………………………………………………………

 w Szkole Podstawowej nr 17 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Bohaterów Września 1939 roku w Bydgoszczy.

 ……………………………………………….. ...............................................................

 Data Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego