



Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
dla Dzieci Niesłyszących
im. Józefa Sikorskiego w Poznaniu

Poznań, dnia

Dane pełnoletniego kandydata:

imię i nazwisko:

**Potwierdzenie woli zapisu do szkoły dla kandydatów pełnoletnich zakwalifikowanych do przyjęcia
do szkoły w roku szkolnym 20..../20....**

Deklaruję wolę zapisu do:

.....

(nazwa szkoły)

.....

Data i czytelny podpis