



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

Poznań,

Dane matki/prawnego opiekuna:

imię i nazwisko:

Dane ojca/prawnego opiekuna:

imię i nazwisko:

Potwierdzenie woli zapisu do szkoły

Deklaruję wolę zapisu mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka):

.....

do (nazwa szkoły),

do której zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 20..../20.....

.....
Data i czytelny podpis matki/prawnego
opiekuna

.....
Data i czytelny podpis ojca/prawnego
opiekuna