![logo_sp_59[1]]()**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 59 IM. BOLESŁAWA KRZYWOUSTEGO** 70 – 789 SZCZECIN  tel. 914633795
UL. DĄBSKA 105 kom. 501479795

 www.sp59szczecin.pl e-mail:sekretariat@sp59.szczecin.pl

 Szczecin, dn. …………………

**Załącznik nr 3**

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

(Imiona i nazwisko rodziców)

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

(adres)

tel. …………….........................………..

**POTWIERDZENIE WOLI** **UCZĘSZCZANIA**

**dziecka do oddziału sportowego**

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka:

……………………………………………………..
 *(imię i nazwisko kandydata)*

do oddziału sportowego w Szkole Podstawowej nr 59 w Szczecinie,
do klasy IV w roku szkolnym 2024/2025.

Podpisy rodziców/opiekunów prawnych:

1. ………………………………………
2. ………………………………………