



**Szkoła Podstawowa im. Juliusza Słowackiego w Golinie**  
ul. Wolności 20; 62 – 590 Golina

e-mail: [szkola@spgolina.edu.pl](mailto:szkola@spgolina.edu.pl)    www. spgolina.edu.pl

tel./ fax: (63) 2417 576

---

.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
adres zameldowania

.....  
adres zamieszkania (jeśli inny, niż zameldowania)

.....  
telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO  
POTWIERDZENIE WOLI PRZYJĘCIA DZIECKA DO PLACÓWKI**

Potwierdzam wolę przyjęcia dziecka

.....  
(imię i nazwisko)

do oddziału przedszkolnego\* / klasy pierwszej \* w Szkole Podstawowej  
im. Juliusza Słowackiego w Golinie.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
.....  
(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

**\*niepotrzebne skreślić**