**S Z K O Ł A P O D S T A W O W A N R 1 3**

81-506 GDYNIA, UL. HALICKA 8

tel./fax 58 622 23 43

sekretariat@sp13.edu.gdynia.pl

[www.sp13gdynia.pl](http://www.sp13gdynia.pl/)

…………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica kandydata)

**Potwierdzenie woli zapisu dziecka**

**do klasy pierwszej Szkoły Podstawowej nr 13 w Gdyni**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

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

(imię i nazwisko dziecka)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(numer PESEL dziecka)

do Szkoły Podstawowej nr 13 w Gdyni, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

Gdynia, ……………………………… ……….…………...……….……………………… (data) podpis rodzica