

Imielin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko dziecka (kandydata)

**POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do klasy I**

*ul. Sapety 8, 41-407 Imielin
Tel. 32 22 56 054,
506 038 651
Email: sekretariat@sp1.imielin.pl*

- ☐ Potwierdzam wolę zapisu dziecka do klasy pierwszej*
- ☐ Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w lekcjach religii*
- ☐ **Nie wyrażam** zgody na uczestnictwo mojego dziecka w lekcjach religii*
- ☐ MONTESSORI*
- ☐ ARYTMETYKA MENTALNA *
- ☐ ROBOTYKA*
- ☐ DODATKOWY J.ANGIELSKI*
- ☐ OGÓLNOROZWOJOWE ZAJĘCIA SPORTOWE *
- ☐ **ŚWIETLICA** *
- ☐ **OBIADY** *

Szkoły Podstawowej Nr 1 im. Powstańców Śląskich w Imielinie.

.....
czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

.....
czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

* Prosimy o zaznaczenie Państwa woli. Informacja ta jest istotna na etapie organizacji tygodniowego rozkładu zajęć.