



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

Łebno, dnia

imię i nazwisko rodziców/adres

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego/klasz pierwszej*
w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

ur. dnia.....wPESEL:.....

do oddziału przedszkolnego* / klasz pierwszej – dotyczy uczniów spoza obwodu*
w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Łebnie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia
na rok szkolny 2026/2027.

.....
podpis matki /prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

***niepotrzebne skreślić**

ADNOTACJA DYREKTORA SZKOŁY

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

.....
pieczęć i podpis dyrektora

UWAGA:

Zakwalifikowanie kandydata nie oznacza przyjęcia kandydata do kl. I Szkoły Podstawowej!

WAŻNE!!!

Rodzice zakwalifikowanych kandydatów zobowiązani są złożyć w terminie od 7 do 17 kwietnia 2026 roku do godz. 12:00 woli przyjęcia w postaci pisemnego oświadczenia - druk można otrzymać w sekretariacie szkoły lub pobrać ze strony internetowej szkoły.

Wypełnione oświadczenie należy dostarczyć do sekretariatu szkoły
osobiście.