

Łuków,

.....

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....

(adres zamieszkania)

telefon

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Ks. St. Konarskiego
w Łukowie**

Zgłoszenie

Zgłaszam chęć aby moje dziecko

uczęszczało w roku szkolnym 2018/2019 do oddziału zerowego w Szkole Podstawowej nr 2 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Ks. St. Konarskiego w Łukowie.

.....

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)