Konin, dnia

# **Wniosek o przyjęcie do klasy siódmej dwujęzycznej**

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka*

*Adres zamieszkania*

**Dorota Silska Dyrektor Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 9 w Koninie**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie z dniem 01.09.2024 r. mojego dziecka: ucznia klasy do klasy siódmej dwujęzycznej.

Podpis rodzica/ opiekuna