

Szkoły Katolickie Świecie

im. ks. dr Bernarda Sychty

SZKOŁA PODSTAWOWA GIMNAZJUM LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE



.....

(imię i nazwisko ucznia)

.....

(adres zamieszkania)

.....

.....

(miejscowość, data)

Dyrektor
Katolickiego Szkoły Podstawowej
im. ks. dra Bernarda Sychty w
Świeciu

Proszę o przyjęcie mojej córki/mojego syna do kl. I Katolickiej Szkoły Podstawowej im ks. dra Bernarda Sychty w Świeciu.

Wybór szkoły uzasadniam:

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

.....

(podpis rodzica/opiekuna)