

*Dowóz dzieci i uczniów z niepełnosprawnościami z terenu Gminy Dobre Miasto do placówek  
szkolno -wychowawczych w Olsztynie w roku szkolnym 2024/2025*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko rodzica /opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania)  
.....

OŚWIADCZENIE

potwierdzenie przez rodzica / opiekuna prawnego dziecka wolę uczęszczania  
do klasy..... /oddziału przedszkolnego\* w .....

.....  
(nazwa placówki)

w roku szkolnym 2024/2025.

.....  
(podpis rodzica /opiekuna prawnego)

---

Oświadczenie proszę dostarczyć do Centrum Usług Wspólnych w Dobrym Mieście z siedzibą  
przy ulicy Olsztyńskiej 19, 11-040 Dobre Miasto.

\*niepotrzebne skreślić