

Warka,.....

.....

.....  
(imię i nazwisko)

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Potwierdzam wolę podjęcia nauki w Liceum Ogólnokształcącym  
im. Piotra Wysockiego w Warce w roku szkolnym 2017/2018.

.....  
(podpis rodziców/opiekunów)

.....  
(podpis ucznia)