BUDAPEST XVII. KERÜLETI

ZRÍNYI MIKLÓS ÁLTALÁNOS ISKOLA

**1171 BUDAPEST, Sisakos sáska u. 3.**

**Tel: 258-2784; Fax: 257-6099.**

*E-mail*: zrinyim@zrinyi.net

Internet: [*www.zrinyi.net*](http://www.zrinyi.net)

**NYILATKOZAT ISKOLAVÁLASZTÁSRÓL**

Alulírott (születési név:…………születési helye, ideje: ; anyja neve:………………………………………….; lakcím:……………………………………………………………………………..),

alulírott (születési név:…………születési helye, ideje: ; anyja neve:………………………………………….; lakcím:……………………………………………………………………………..),

mint szülő/gondviselő nyilatkozom arról, hogy ……………………………………….(születési helye, ideje: ; anyja neve:………………………………………….; lakcím:……………………………………………………………………………..) gyermekem számára tanulmányai megkezdéséhez a …………………………………………………………………..Általános Iskolát választom. Kérem gyermekem felvételét az iskola első évfolyamára.

**Ezt a nyilatkozatot különélő szülők esetén is alá kell írnia mindkét szülőnek!**

Dátum:………………………….., ……………………………………

……………………………………………. ………………………………………………..

szülő/törvényes képviselő aláírása szülő/törvényes képviselő aláírása