本县跨片区、外县随迁子女招生入学就读修文县公办义务教育学校服从调剂承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 户口所在地 |  | 现居住地 |  |
| **服 从 调 剂 承 诺 书** |
|  **我已认真阅读《修文县2024年义务教育新生入学及划片招生工作方案》，了解了“招生条件”和“招生程序”，愿意服从调剂，对申请入学所提供的资料保证真实有效，如有弄虚作假，承诺本人子女回原户籍所在地就读并愿意承担一切责任。** |
|  **家长签字： 联系电话：** |
|   2024年 月 日 |

备注：此表用黑色签字笔填写，家长签字处需按手印，文字必须简洁、准确、清晰。