
Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

Miejscowość i data

Adres

Dyrektor _____

Nazwa szkoły

W _____

Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”

Oświadczam, że moja córka / mój syn _____
uczenica / uczeń klasy _____ w roku szkolnym _____
nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

Data i podpis rodzica / opiekuna