...................................................................

(miejscowość i data)

.....................................................................

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.......................................................

.......................................................

Adres

Dyrektor ...........................................................

w .......................................................

## Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna

Oświadczam, że mój syn/moja córka .................................................... uczeń/uczennica klasy ................................. w roku szkolnym ............................... nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacja zdrowotna.

.......................................................

(data i podpis rodzica/opiekuna)