

.....
(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)