

.....
(miejscowość i data)

.....
Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....
Adres

Dyrektor

W

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna

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

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)