

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna

imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

miejsowość i data

.....

adres zamieszkania

.....

.....

Pani/Pan.....

Dyrektor

(pełna nazwa szkoły)

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna

..... uczennicy/ucznia klasy

w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym

.....

podpis rodzica