
miejscowość i data

imię i nazwisko rodzica (rodziców)

adres

Dyrektor _____

nazwa szkoły

w _____

Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”

Oświadczam, że moja córka / mój syn _____

uczennica / uczeń klasy _____ w roku szkolnym _____

nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

data i podpis rodzica / opiekuna