

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani/Pan.....

Dyrektor

(pełna nazwa szkoły)

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna
uczeńnicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku
szkolnym.....

podpis rodzica

.....

