……………………………………………………… ……………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/rodziców Miejscowość i data

………………………………………………………

………………………………………………………

Adres zamieszkania

Dyrektor ………………………………………………………...…..

 …………………………………………………..….………

 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