Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

w przypadku ucznia niepełnoletniego

Imię i nazwisko rodzica (rodziców) Miejscowość i data

……. ……..

Adres zamieszkania

…….

…….

Dyrektor Publicznej Szkoły Podstawowej

im. ks. kard. Stefana Wyszyńskiego

w Lubichowie

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

podpis rodzica/opiekuna prawnego

……