…… ……., dnia…….…..
Imię i nazwisko rodzica (rodziców) Miejscowość

……
Adres zamieszkania

Dyrektor ……..……
w ……..

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna

Oświadczam, że mój syn/córka …….. uczeń/uczennica klasy ……..... w roku szkolnym …… nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacja zdrowotna.

……..…….
(data i podpis rodzica/opiekuna)