

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani Anna Wnuk

Dyrektor Szkoły Podstawowej Nr 2

z Oddziałami Integracyjnymi

w Środzie Wielkopolskiej

**Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”
w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej
córk/syna

uczeń/uczni klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku

szkolnym.....

.....

podpis rodzica