Załącznik nr 1

Imię i nazwisko rodzica (rodziców) Miejscowość i data………………

………………………………………………………. ……………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

w przypadku ucznia niepełnoletniego

Pani/Pan………………………………………

Dyrektor …………………………………………….

(pełna nazwa szkoły)

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna .....................................

uczennicy/ucznia klasy ……………………….. w zajęciach „edukacja zdrowotna”

w roku szkolnym…………………

podpis rodzica/opiekuna prawnego

……….………………………………