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

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna Miejscowość, data

……………………………………

……………………………………

( adres)

**Pani Dorota Mariańska**

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**im. Tadeusza Kościuszki**

**w Łukomiu**

**Rezygnacja z udziału w zajęciach: edukacja zdrowotna**

Oświadczam, że mój syn/ córka\* ………………………………………………,

uczeń/ uczennica\* klasy ………………… Szkoły Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Łukomiu w roku szkolnym ……………………………….. nie będzie uczestniczył/ uczestniczyła\* w zajęciach: edukacja zdrowotna.

…………………………..

( czytelny podpis rodzica/ opiekuna)

\*Niepotrzebne skreślić