

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

Miejscowość, data

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)/prawnych opiekunów:

.....
.....

Adres zamieszkania:

.....
.....

Pani Małgorzata Podgórska
Dyrektor Szkoły Podstawowej w Dobrej
im. Polskich Olimpijczyków

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

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)