

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

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

Bojanowo

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

**Pani
Małgorzata Świątek
Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. bł. Edmunda Bojanowskiego
ul. Lipowa 2
63-940 Bojanowo**

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

podpis rodzica/ów

.....