

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

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....
.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....
.....

Pani

Dyrektor Szkoły Podstawowej w Galewie

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna
uczeń/uczniacy klasy w zajęciach „Edukacja zdrowotna” w roku szkolnym
.....

.....
(podpis rodziców)