……………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………..

adres

……………………………………………

Miejscowość i data

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**………………………………………………………..**

**………………………………………………………..**

**………………………………………………………..**

**Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”**

Oświadczam, że moja córka /mój syn

………………………………………………………………………………………………………………………

uczennica/uczeń klasy …………… w roku szkolnym **2025/2026**

**nie będzie uczestniczyć** w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

…………………………………………………………………

Data i podpis rodzica/opiekuna

……………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………..

adres

……………………………………………

Miejscowość i data

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

**………………………………………………………..**

**………………………………………………………..**

**………………………………………………………..**

**Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”**

Oświadczam, że moja córka /mój syn

………………………………………………………………………………………………………………………

uczennica/uczeń klasy …………… w roku szkolnym **2025/2026**

**nie będzie uczestniczyć** w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

…………………………………………………………………

Data i podpis rodzica/opiekuna