

Oborniki, dnia

.....

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....

(adres)

.....

Dyrektor

Szkoły Podstawowej nr 2

im. Wojska Polskiego w Obornikach

Oświadczenie o rezygnacji z udziału dziecka w zajęciach „edukacja zdrowotna”

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

uczennicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku

szkolnym.....

.....

(podpis rodziców)