

.....
Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....
Miejscowość i data

.....
.....
Adres zamieszkania

Pani Katarzyna Sowińska-Wojtaś
Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1
im. Stanisława Staszica w Piastowie

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

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

.....
podpis rodzica (rodziców)

*niepotrzebne skreślić