.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko rodzica
.....
Adres

Dyrektor .....
w .....

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna

Oświadczam, że mój syn/moja córka ....., uczennica/uczeń klasy ....., w roku szkolnym ..... **nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacja zdrowotna.**

.....
Podpis rodzica