

Cofnięcie rezygnacji z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”

.....

Imię i nazwisko rodzica (rodziców) / opiekunów prawnych

.....

.....

adres zamieszkania

.....

Miejscowość i data

Do Dyrektora Szkoły Podstawowej nr 1
im. Juliusza Słowackiego w Myślenicach

Cofam rezygnację z udziału mojej córki/syna*.....
uczennicy/ucznia* klasy..... w zajęciach „Edukacja zdrowotna” zgłoszoną
Dyrektorowi Szkoły w dniu

.....

podpis rodzica

*niepotrzebne skreślić