

Oświadczenie o 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

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

.....

podpis rodzica