

.....

Opole.....

.....

.....

.....

imię i nazwisko rodzica(prawnego opiekuna)
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojego dziecka

.....

uczennicy/ uczenia klasy..... w zajęciach z edukacji zdrowotnej

w roku szkolnym

.....

podpis rodzica (prawnego opiekuna)