

Rezygnacja z udziału ucznia w zajęciach edukacja zdrowotna

....., dnia

.....

.....

(imię i nazwisko rodzica, pełnoletniego ucznia)

Sz. Pan/Pani*

Dyrektor

.....

Dotyczy: kl.

(imię i nazwisko ucznia)

Oświadczam, że syn/ córka * w roku szkolnym nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacja zdrowotna.

W przypadku ucznia pełnoletniego:

Oświadczam, że w roku szkolnym nie będę uczestniczyć w zajęciach edukacja zdrowotna.

.....

(podpis rodzica, pełnoletniego ucznia)

- Niepotrzebne skreślić.

Rezygnacje z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna należy złożyć **do dnia 25 września danego roku.**