Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

…… ……..

Imię i nazwisko rodzica (rodziców) Miejscowość i data

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna ..... uczennicy/ucznia klasy …….. w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym 2025/2026.

podpis rodzica

……