

**Cofnięcie rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”
w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Imię i nazwisko rodzica ucznia

.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani/Pan.....

Dyrektor

(pełna nazwa szkoły)

Cofam rezygnację z udziału mojej córki/syna*
uczennicy/ucznia* klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” zgłoszoną
dyrektorowi szkoły w dniu

Podpis rodzica

.....

*niepotrzebne skreślić