**Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”**

**w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)                                                 Miejscowość i data

………………………………………………………. ……………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

Pani/Pan………………………………………

Dyrektor …………………………………………….

                (pełna nazwa szkoły)

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna .....................................

uczennicy/ucznia klasy ……………………….. w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku

szkolnym……………………………..

podpis rodzica

……….………………………………