

.....
Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
miejsowość i data

.....

.....
Adres zamieszkania

Dyrektor
Szkoły Podstawowej Nr 2
z Oddziałami Integracyjnymi
im. 4 Pułku Strzelców Podhalańskich
w Cieszynie

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

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

.....
podpis rodzica/ prawnego opiekuna