

.....
miejsowość , data

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres

Dyrektor
Publicznej Szkoły Podstawowej
im. Generała Władysława Andersa
w Leszczynie

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej

Oświadczam, że mój syn/ moja córka.....
uczeń/ uczennica klasy.....w roku szkolnymnie będzie
uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej .

.....
data i podpis rodzica/opiekuna