

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani Małgorzata Jereczek

Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. 27 Wołyńskiej Dywizji Piechoty Armii Krajowej
w Czarnej Dąbrowce

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

podpis rodzica

.....