

Warszawa, r.

.....
imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

.....
adres zamieszkania

.....

**Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa
w lekcjach edukacji zdrowotnej**

Oświadczam, że rezygnuję z udziału mojego/jej syna/córki*

ucznia/ uczennicy* klasy w lekcjach edukacji zdrowotnej w roku szkolnym
20...../20..... .

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego