

.....
miejscowość, data

.....
imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

.....

.....
adres zamieszkania

Pani Beata Hałas
Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
im. Aleksandra Doby w Zalasewie

**REZYGNACJA Z UDZIAŁU
W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Oświadczam, że syn/córka*,
(imię i nazwisko)

uczeń/uczennica* klasy w roku szkolnym/..... nie będzie
uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów

W związku z rezygnacją z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej proszę
o zwalnianie mojego dziecka z obecności w szkole w czasie ww. zajęć, jeśli przypadają one
na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.

Jednocześnie oświadczam, że w godzinach trwania zajęć biorę pełną
odpowiedzialność za moje dziecko.

.....
podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów