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

**w przypadku ucznia pełnoletniego**

Imię i nazwisko ucznia                                                  Miejscowość i data

………………………………………………………. ……………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

                                                                  Pani Bożena Kaczor,

 Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego we Włoszczowie

Ja, niżej podpisana/podpisany, uczennica/uczeń klasy……………………, rezygnuję z

uczestnictwa w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym .................................

 podpis ucznia

……….………………………………

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

**w przypadku ucznia pełnoletniego**

Imię i nazwisko ucznia                                                  Miejscowość i data

………………………………………………………. ……………………………………………..

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

                                                                  Pani Bożena Kaczor,

 Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego we Włoszczowie

Ja, niżej podpisana/podpisany, uczennica/uczeń klasy……………………, rezygnuję z

uczestnictwa w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym .................................

podpis ucznia

……….………………………………