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

**w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Imię i nazwisko rodzica ucznia                                                  Miejscowość i data

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

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

                                                                  Pani Bożena Kaczor,

 Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego we Włoszczowie

Ja, niżej podpisana/podpisany\*, rodzic rezygnuję z uczestnictwa syna/córki\* ………….. ……………………………………… , ucz. klasy……………………, w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym .................................

\*niepotrzebne skreślić
 czytelny podpis rodzica ……….………………………………

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

**w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Imię i nazwisko rodzica ucznia                                                  Miejscowość i data

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

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

                                                                  Pani Bożena Kaczor,

 Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego we Włoszczowie

Ja, niżej podpisana/podpisany\*, rodzic rezygnuję z uczestnictwa syna/córki\* ………….. ……………………………………… , ucz. klasy……………………, w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym .................................

\*niepotrzebne skreślić
 czytelny podpis rodzica ……….………………………………