**Cofnięcie 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

Cofam rezygnację z udziału mojej córki/syna\* ......................................................... uczennicy/ucznia\* klasy …………………… w zajęciach „edukacja zdrowotna” zgłoszoną dyrektorowi szkoły w dniu ……………………….

  \*niepotrzebne skreślić Podpis rodzica …………………………………………

**Cofnięcie 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

Cofam rezygnację z udziału mojej córki/syna\* ......................................................... uczennicy/ucznia\* klasy …………………… w zajęciach „edukacja zdrowotna” zgłoszoną dyrektorowi szkoły w dniu ……………………….

  \*niepotrzebne skreślić Podpis rodzica …………………………………………