**Cofnięcie rezygnacji z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna**

**w przypadku ucznia pełnoletniego**

Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia                     Miejscowość i data

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

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

 Pani/Pan……………………………………

 Dyrektor …………………………………….

…….……………………………………………………

                (pełna nazwa szkoły)

Cofam rezygnację z mojego udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna” zgłoszoną

dyrektorowi szkoły w dniu ………………………..

Podpis pełnoletniego ucznia

……………………………………………….