

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach *edukacja zdrowotna*

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani Beata Grau

**Dyrektor Zespołu Kształcenia i Wychowania
w Dziemianach**

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki*/mojego syna*

.....

uczennicy*/ucznia* klasy w zajęciach *edukacja zdrowotna* w roku

szkolnym 2025/2026.

podpis rodzica

.....

*niepotrzebne skreślić