

REZYGNACJA Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH „EDUKACJA ZDROWOTNA”

..... dnia.....

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna)

1 rodzic (opiekun)

2 rodzic (opiekun)

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Data urodzenia

**Do Dyrektor Niepublicznego Liceum Ogólnokształcące
Szkoły Mistrzostwa Sportowego
Polskiego Związku Koszykówki
ul. Żeromskiego 52
84 – 120 Władysławowo**

Oświadczam, że mój syn

uczeń klasy w roku szkolnym nie będzie uczestniczyć
w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

.....

*data i podpisy rodziców (opiekunów) ucznia

*termin złożenia rezygnacji 25 wrzesień