

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

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

.....

Miejscowość i data

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani Anna Filipczak

Dyrektor

Zespołu Szkół Ogólnokształcących Nr 9

w Szczecinie

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna

uczennicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym

.....

Podpis

rodzica/opiekuna prawnego

.....