

.....
(Miejscowość i data)

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

Imię i nazwisko rodzica (rodziców, opiekunów)

.....

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna

.....

uczennicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna”
w roku szkolnym 2025/2026.