

**Oświadczenie rodzica (rodziców) ucznia niepełnoletniego o rezygnacji
z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”**

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

Miejscowość i data

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pan Tadeusz Chrószcz

Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego
z Oddziałami Dwujęzycznymi
im. Powstańców Śląskich w Rybniku

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna
uczeńnicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku
szkolnym.....

podpis rodzica (rodziców)

.....