

.....
(imię, nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

Wrocław,
(data)

.....

.....
(adres)

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 95
im. Jarosława Iwaszkiewicza
we Wrocławiu**

**REZYGNACJA Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH
EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Oświadczam, że mój syn/ moja córka uczeń/uczenica
klasy w roku szkolnym nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji
zdrowotnej.

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)