

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

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

Nowy Sącz dn. _____
Miejscowość i data

Adres zamieszkania

Dariusz Młynarczyk
Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 17

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

podpis rodzica