



miejsowość i data

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

telefon

Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. Karola Marcinkowskiego
w Zespole Szkolno-
Przedszkolnym w Ludomach

REZYGNACJA Z UDZIAŁU UCZNIA W ZAJĘCIACH

Edukacja zdrowotna

.....

(imię i nazwisko ucznia, klasa)

Niniejszym rezygnuję z **udziału mojego dziecka** w zajęciach **Edukacja zdrowotna**
w roku szkolnym 20____/ 20_____.

***Rezygnacja obowiązuje do końca roku szkolnego w który została złożona i może zostać
zmieniona wyłącznie do 25 września każdego roku szkolnego.***

data

czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna