

.....

.....

.....

Miejscowość i data

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

.....

Adres

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 9
im. Stefanii Sempołowskiej
w Lubinie

Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”

Oświadczam, że moja córka / mój syn
uczennica / uczeń klasy w roku szkolnym 2025/2026
nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

.....

Data i podpis rodzica / opiekuna