

.....
.....
Imię i nazwisko rodzica (rodziców)
.....
.....
Adres

.....
Miejscowość i data

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 9
im. Stefanii Sempołowskiej
w Lubinie

Rezygnacja
z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna - zdrowie seksualne”

Oświadczam, że moja córka / mój syn
uczennica / uczeń klasy w roku szkolnym 2026/2027
nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna – zdrowie
seksualne”.

.....

Data i podpis rodzica / opiekuna