

..... f.

(miejscowość, data)

.....

imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

Dyrektor

**Zespołu Szkolno-Przedszkolnego nr 9
w Gliwicach**

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Oświadczam, że syn/córka*

uczeń/uczenica* klasy nie będzie uczęszczał/uczęszczała* na zajęcia
edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 20...../20..... .

.....

data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

* *niepotrzebne skreślić*