………………………………………………………. ……………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)                                                  (Miejscowość i data)

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

Dyrektor Szkoły Podstawowej

im. Władysława Stanisława Reymonta w Trzebnicach

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna ...........................................

uczennicy/ucznia klasy ……………………….. w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku

szkolnym 2025/2026.

……….………………………………

( podpis rodzica)