Syców, dn. …………………………..

…………………………………......

*/Imiona i nazwisko Rodziców/Prawnych Opiekunów/*

…………………………….……..

…………………………..………...

 */Adres zamieszkania/*

***Do Dyrektora***

***Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Sycowie***

**REZYGNACJA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA Z UCZĘSZCZANIA JEGO DZIECKA NA ZAJĘCIA Z EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojego syna/córki\* ………………………………….…………, ucznia klasy ………..…..…………..

*/imię i nazwisko dziecka/*

z uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej organizowanych przez szkołę od dnia …………………………………………...…..

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana/zostałem poinformowany o zakresie tematycznym zajęć, ich celach oraz formach realizacji.

Przyjmuję również do wiadomości, że oświadczenie to nie musi być ponawiane w kolejnych latach szkolnych oraz, że mam prawo do jego zmiany.

\**niepotrzebne skreślić*

……………………..………………………….

 */podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna/*