

Szkoła Podstawowa nr 13 im. Krystyny Bochenek w Gliwicach

Rezygnacja z zajęć edukacji zdrowotnej

Jako rodzic/ prawny opiekun dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka, klasa)

niniejszym rezygnuję z udziału mojego dziecka w zajęciach edukacji zdrowotnej
w roku szkolnym/.....

.....

.....

Imię i nazwisko matki/ojca/prawnego opiekuna oraz podpis

Szkoła Podstawowa nr 13 im. Krystyny Bochenek w Gliwicach

Rezygnacja z zajęć edukacji zdrowotnej

Jako rodzic/ prawny opiekun dziecka:

.....

(imię i nazwisko dziecka, klasa)

niniejszym rezygnuję z udziału mojego dziecka w zajęciach edukacji zdrowotnej
w roku szkolnym/.....

.....

.....

Imię i nazwisko matki/ojca/prawnego opiekuna oraz podpis