

.....
imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....
data

.....
adres zamieszkania

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 2
w Łowiczu**

**OŚWIADCZENIE
O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH EDUKACJA ZDROWOTNA**

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w zajęciach z edukacji zdrowotnej córki/syna*

.....
/Imię i nazwisko ucznia/

uczennicy/ucznia* klasy Szkoły Podstawowej nr 2 im. Adama Mickiewicza
w Łowiczu w roku szkolnego 2025/2026.

.....
Podpis rodzica/opiekuna

*- niepotrzebne skreślić