



SZKOŁA PODSTAWOWA IM. JANA OSTROROGA W OSTROROGU

64-560 Ostroróg

ul. Jana Ostroroga 14

tel. +48 61 29 16 772

www.spostrorog.pl

..... 20..... r.

.....

imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....

.....

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI

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

.....

imię i nazwisko ucznia

uczeń/uczni* klasy Szkoły Podstawowej im. Jana Ostroroga w Ostrorogu od roku
szkolnego 20..../20....

.....

podpis rodzica/prawnego opiekuna

*niepotrzebne skreślić