



Szkoła Podstawowa im. Ludzi Morza w Mścicach
ul. Szkolna 1a , 76-031 Mścice
tel. (94) 3165149 kom. 608076750
e-mail : sekretariat@szkolamscice.pl

Mścice, dnia

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH
„EDUKACJA ZDROWOTNA”

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....
.....

Adres zamieszkania

.....
.....

Dyrektor Szkoły Podstawowej
im. Ludzi Morza w Mścicach

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna

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

w roku szkolnym

.....

podpis rodzica