

Warszawa, dnia _____

Dyrektor
Publicznego Liceum Ogólnokształcącego
im. bł. ks. Romana Archutowskiego

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej

Oświadczam, że rezygnuję z udziału mojego syna/mojej córki

(imię i nazwisko)

ucznia/uczennicy klasy _____ w zajęciach **edukacji zdrowotnej**¹
w roku szkolnym _____

(podpis rodzic/prawnego opiekuna)

¹ Zwolnienie należy przedłożyć do 25 września br.