

Zawidów dnia

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej w Zawidowie**

OŚWIADCZENIE
rodziców ucznia niepełnoletniego w sprawie uczęszczania na lekcje
edukacji zdrowotnej

nie wyrażam woli, aby moje dziecko

.....
(imię i nazwisko ucznia) (klasa)

uczestniczyło w lekcjach edukacji zdrowotnej organizowanych w szkole.

.....
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)