**Oświadczenie**

**o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”**

Włoszczowa, dnia …………………………………………

…………………………………………………….

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

……………………………………………………….

……………………………………………………..

Adres zamieszkania

Pani

Iwona Gieroń

Dyrektor ZPO nr 1 we Włoszczowie

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna

.........................................................................................................

Imię i nazwisko dziecka

uczennicy/ucznia klasy ………. w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym 2025/2026.

podpis rodzica/rodziców

……….………………………

……….………………………