

Karlıno, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna lub pełnoletniego ucznia

Dyrektor
Zespołu Szkół w Karlinie

REZYGNACJA Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH
„EDUKACJA ZDROWOTNA”

Oświadczam, że
imię i nazwisko, klasa

w roku szkolnym nie będzie/nie będę uczestniczyć/ł w zajęciach
„Edukacja zdrowotna” w ZS w Karlinie.

.....
(podpis rodzica / prawnego opiekuna / pełnoletniego ucznia)

Proszę aby moje dziecko mogło opuścić teren szkoły w trakcie w/w zajęć. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność za pobyt i bezpieczeństwo dziecka w tym czasie poza terenem szkoły.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego