Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna” w przypadku ucznia niepełnoletniego w Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Kwidzynie

Imię i nazwisko rodzica (rodziców) Miejscowość i data

…… ……..

Adres zamieszkania

……..

……..

Pani……

Dyrektor ……

(nazwa szkoły)

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna* ..... uczennicy/ucznia* klasy …….. w Zespole Szkół Ogólnokształcącym nr 2 w Kwidzynie z zajęć ***edukacja zdrowotna***.

……

podpis rodzica

W związku ze zwolnieniem syna/córki*…… ucznia/uczennicy* klasy …….. w Zespole Szkół Ogólnokształcącym nr 2 w Kwidzynie z zajęć ***edukacji zdrowotnej***, proszę o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* poza terenem szkoły w tym czasie.

……..

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreśl