

.....
(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie
- rodzica lub pełnoletniego ucznia)

....., dnia r.

Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego w Jaśle

REZYGNACJA Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH EDUKACJA ZDROWOTNA

Oświadczam, że rezygnuję z udziału / udziału mojego dziecka*.....
(imię i nazwisko ucznia)

ucznia klasy w zajęciach **Edukacja Zdrowotna** w roku szkolnym

.....
(podpis rodzica lub pełnoletniego ucznia)

**niepotrzebne skreślić*

UWAGA: Deklaracja obowiązuje w danym roku szkolnym. Uczeń pełnoletni ma prawo do samodzielnego złożenia rezygnacji.