

Ożarów Mazowiecki,
data

.....
imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych

.....
adres zamieszkania ucznia

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 1
im. Janusza Kusocińskiego
w Ożarowie Mazowieckim

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna

Oświadczam, że mój syn/moja córka*

uczeń/uczennica* klasy

nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacja zdrowotna w roku szkolnym **2025/2026**

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić