

Parczew, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

.....

.....
(adres)

**Do Dyrektora
Szkoły Podstawowej Nr 1
w Parczewie
ul. 11 Listopada 90
21-200 Parczew**

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI
W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej
mojej córki/ mojego syna*
(imię i nazwisko dziecka)

uczennicy/ucznia* klasy Szkoły Podstawowej Nr 1 im. Tadeusza
Kościuszki w Parczewie w roku szkolnym 2025/2026.

.....
(czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego)

*- niepotrzebne skreślić