



Zielonki - Parcela, dnia

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że moja córka / mój syn*

..... uczennica/uczeń* klasy

w roku szkolnym nie będzie uczestniczyła / nie będzie uczestniczył*

w zajęciach **edukacji zdrowotnej**.

.....

(data i podpis rodzica / opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić