Pabianice, dn. ………………………………… r.

………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………………..

Adres zamieszkania

………………………………………………..

Telefon kontaktowy

………………………………………………..

Imię, nazwisko ucznia

………………………………………………..

Klasa

Dyrekcja

Szkoły Podstawowej nr 13

w Pabianicach

Rezygnacja z udziału dziecka w zajęciach edukacji zdrowotnej

Ja, niżej podpisany/a, rezygnuję z udziału mojego dziecka w zajęciach edukacji zdrowotnej organizowanych w roku szkolnym ................................. w Szkole Podstawowej nr 13 w Pabianicach.

Jestem świadomy/a, że:

- rezygnacja składana jest w terminie do 25 września danego roku szkolnego,

- nie ma możliwości ponownego przystąpienia dziecka do zajęć w trakcie tego samego roku szkolnego.

Biorę odpowiedzialność za dziecko w godzinach zajęć edukacji zdrowotnej, gdy wypadają one na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.

...............................................................

 Podpis rodzica /opiekuna prawnego