

Kraków, dnia

.....
imię i nazwisko

rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

.....
.....
.....
adres zamieszkania, numer telefonu, e-mail

.....
imię i nazwisko ucznia zwalnianego oraz klasa ucznia

Dyrektor XXX LO w Krakowie
dr inż. Grzegorz Gawłowski

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU
W ZAJĘCIACH EDUKACJA ZDROWOTNA**

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojego syna/mojej córki/mojego podopiecznego/mojej podopiecznej/mnie*

..... (imię i nazwisko)

ucznia klasy XXX Liceum Ogólnokształcącego w Krakowie z obowiązku uczęszczania na zajęcia „Edukacja zdrowotna” w roku szkolnym

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki/podopiecznego/podopiecznej/mnie* w czasie trwania zajęć.

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

*niepotrzebne skreślić