

Dąbrowa Górnicza, dn.

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

.....
(adres zamieszkania)

Sz. P.

Beata Bończak

Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego
im. Waleriana Łukasińskiego
w Dąbrowie Górniczej

Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej¹

Oświadczam, że rezygnuję z udziału mojego syna/mojej córki*
....., ucznia/uczenicy* klasy..... w zajęciach
edukacji zdrowotnej organizowanych w I Liceum Ogólnokształcącym im. Waleriana
Łukasińskiego w Dąbrowie Górniczej w roku szkolnym 20...../20.....

Decyzję tę podejmuję po zorganizowanym przez Dyrektora Szkoły spotkaniu
informacyjnym z rodzicami i zapoznaniu z celami, treściami realizowanego programu
nauczania: podręcznikiem, materiałami edukacyjnymi, materiałami ćwiczeniowymi
oraz środkami dydaktycznymi ..

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

***niepotrzebne skreślić**

¹ rezygnację składa się w terminie do 25 września danego roku szkolnego