

Dąbrowa Górnicza, dn.

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

.....
(adres zamieszkania)

**Sz. P.
Beata Bończak**

Dyrektor I Liceum Ogólnokształcącego
im. Waleriana Łukasińskiego
w Dąbrowie Górniczej

**Rezygnacja z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej ¹-uczeń
pełnoletni**

Ja niżej podpisany/a.....

uczeń/ uczennica klasyoświadczam, że rezygnuję z
udziału 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 i zapoznaniu się z celami, treściami realizowanego
programu nauczania, podręcznikiem, materiałami edukacyjnymi, materiałami
ćwiczeniowymi oraz o środkami dydaktycznymi ..

.....
(podpis ucznia pełnoletniego)

***niepotrzebne skreślić**

¹ rezygnację składam w terminie do 25 września danego roku szkolnego

