…………………………………..

 Miejscowość i data

…………………………………………………..

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

…………………………………………………..

…………………………………………………..

Adres

 **Dyrektor**

 **LXXXI Liceum Ogólnokształcącego**

 **im. Aleksandra Fredry**

 **ul. Miła 7**

 **00-180 Warszawa**

**Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”**

Oświadczam, że moja córka / mój syn ……………………………………………………

uczennica / uczeń klasy ……………. w roku szkolnym …………………………………

nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

 ………………………………………….

 Data i podpis rodzica/opiekuna