…………………………………..

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