

.....
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