

.....
(miejscowość, data)

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

.....
(adres rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
w Pile

OŚWIADCZENIE
rodziców dziecka

Oświadczam/y, że zmieniam/y swoje/nasze życzenie w sprawie
uczestniczenia syna/córki*
(imię i nazwisko dziecka)

ucznia/ucznicy* klasy w lekcjach edukacji zdrowotnej
i rezygnuję/emy* z udziału dziecka w powyżej wymienionych zajęciach
z dniem

Z poważaniem

.....
.....
(czytelny podpis/podpisy rodziców/opiekunów prawnych dziecka)

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia)

**Dyrektor
II Liceum Ogólnokształcącego
w Pile**

**OŚWIADCZENIE
pełnoletniego ucznia**

Oświadczam, że zmieniam swoje życzenie w sprawie uczestniczenia w lekcjach edukacji zdrowotnej i rezygnuję z udziału w powyżej wymienionych zajęciach z dniem

Z poważaniem

.....
(czytelny podpis)