

**Cofnięcie rezygnacji z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna  
w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Zabrze, dn. ....

Imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna\* ucznia

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani mgr Krystyna Wiśniewska

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 36  
im. Juliana Tuwima w Zabrzu

Cofam rezygnację z udziału mojej córki/syna\* .....  
uczennicy/ucznia\* klasy ..... w zajęciach „edukacja zdrowotna” zgłoszoną  
dyrektorowi szkoły w dniu .....

Podpis rodzica

.....

\*niepotrzebne skreślić