



Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
im. Zbigniewa Tylewicza w Poznaniu

Poznań, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/piętnoletniego ucznia

Dyrektor
Cyprian Konieczny
Ośrodek Szkolno-Wychowawczy
dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
im. Z. Tylewicza w Poznaniu

.....

Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”

Oświadczam, że moja córka / mój syn / uczeń

.....

klasy w roku szkolnym

nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

.....
data i podpis rodzica /opiekuna prawnego/piętnoletniego ucznia

