



**SAMORZĄDOWE CENTRUM
EDUKACJI SZKOLNEJ
W TYLICZU**
ul. Kazimierza Wielkiego 9
33-383 Tylicz
tel./fax 0184711391
e-mail: sptylicz@edukrynica.pl

Tylicz,
data

**Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”
w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Pani

Dorota Kuszenin

Dyrektor SCES w Tyliczu

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna
uczennicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku
szkolnym.....

podpis rodzica

.....