

Wałdowo Szlacheckie, dnia

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

.....

.....
(adres zamieszkania, nr telefonu)

Dyrektor Szkoły Podstawowej
w Wałdowie Szlacheckim
ul. Kochanowskiego 26
86-302 Wałdowo Szlacheckie

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE UCZĘSZCZANIA
NA ZAJĘCIA RELIGII / ETYKI ***

Oświadczam, iż moja/mój* córka/syn*

.....
(imię i nazwisko ucznia)

ur., uczennicy/ucznia* klasy
(data i miejsce urodzenia)

będzie uczęszczać na zajęcia religii / etyki * od dnia

.....
(podpis rodzica / prawnego opiekuna)

* niepotrzebne skreślić