

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 REZYGNACJI Z UDZIAŁU
W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE**

Oświadczam, iż moja/mój* córka/syn*

.....
(imię i nazwisko ucznia)

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

nie będzie uczęszczać na zajęcia wychowania do życia w rodzinie w wymiarze
14 godzin w roku szkolnym

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

* niepotrzebne skreślić