

.....
(nazwisko i imię rodzica)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

Dyrektor

**Policyjnego Liceum Ogólnokształcącego nr 1
w Słupsku**

**Rezygnacja z udziału w zajęciach
„Edukacja zdrowotna – zdrowie seksualne”**

Oświadczam, że moja córka/mój syn.....

Uczennica/uczeń klasy w roku szkolnym.....

nie będzie uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna – zdrowie seksualne”.

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego