



UNIWERSYTECKIE
LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE
Z ODDZIAŁAMI DWUJĘZYCZNYMI
IM. PAWEŁA ADAMOWICZA W GDAŃSKU

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej

Oświadczam, że (imię i nazwisko, klasa).....

nie będzie uczęszczać na zajęcia edukacji zdrowotnej.

.....
data i podpis rodzica lub pełnoletniego ucznia