

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

Koszalin,
data

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Dyrektor

Zespołu Państwowych Szkół Muzycznych
im. Grażyny Bacewicz
w Koszalinie

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna
..... uczennicy/ucznia klasy OSM st. w **zajęciach edukacji**
zdrowotnej w roku szkolnym

.....
(podpis rodzica)