…………………………….…………………………… Łódź, dnia …………………….

Imię i nazwisko rodzica

**Do Dyrekcji**

**Szkoły Podstawowej nr 64**

**im. H.Ch. Andersena w Łodzi**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mojego dziecka

………………………………………………………………………………………………..……….

imię i nazwisko

ucznia klasy ……………… **z zajęć edukacji zdrowotnej** :

* w terminie od dnia …………………..….……… do zakończenia zajęć dydaktycznych w roku szkolnym ………………………………………….

.............................................................................

(czytelny podpis rodzica)