

Oświadczenie rodziców / opiekunów prawnych – edukacja zdrowotna – zdrowie seksualne

Łódź, r.

.....

imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego

.....

adres zamieszkania

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na udział mojej córki:

.....

imię i nazwisko wychowanki

uczennicy klasy w zajęciach z zakresu edukacji zdrowotnej **dotyczących zdrowia seksualnego**
organizowanych w szkole przy MOW3 w Łodzi w roku szkolnym

**niepotrzebne skreślić*

.....

podpis rodzica / opiekuna prawnego

91-008 Łódź
ul. Drewnowska 151

tel. 42 612 29 35

kontakt@mow3.elodz.edu.pl


