

## REZYGNACJA Z ZAJĘĆ W RAMACH POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

.....  
*imię i nazwisko*

*klasa*

*rok szkolny*

Potwierdzam rezygnację z zajęć :

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

Zostałam/em zapoznana/y z możliwymi konsekwencjami tej decyzji.

.....  
*Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego/pelnoletniego ucznia*