



Publiczna Szkoła Podstawowa nr 7 im. Jakuba Kani  
45-122 Opole, ul. Budowlanych 40, tel. 77 423-23-25  
sp7opole@wodip.opole.pl

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Opole, dnia .....

.....  
(adres zamieszkania)

.....

**Dyrektor  
Publicznej Szkoły Podstawowej nr 7  
im. Jakuba Kani w Opolu**

## O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym wyrażam wolę, aby moje dziecko .....  
(imię i nazwisko)

ur. .... zam. ....

brało udział w lekcjach religii /etyki \* organizowanych w ramach planu lekcji szkolnych.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\* niepotrzebne skreślić