

Wrocław, dnia.....

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZĘSZCZANIA NA LEKCJE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko ucznia Klasa

Oświadczam, syn/córka* w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Data

podpisy rodziców (opiekunów)

Oświadczenie rodziców

W związku z rezygnacją z uczęszczania mojego syna/córki*
na zajęcia edukacji zdrowotnej, proszę o zwalnianie mojego syna/córki*
z obecności w szkole w czasie w/w zajęć, jeśli przypadają na pierwsze lub ostatnie lekcje
w planie.

Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie.

Data

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

** niepotrzebne skreślić*