



## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZĘSZCZANIA NA LEKJCE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko ucznia .....Klasa .....

Oświadczam, syn/córka poczynając od roku szkolnego .....nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej\*

Data .....

podpisy rodziców (opiekunów)\*

*\* wypełniają rodzice ucznia niepełnoletniego*

Oświadczam, że poczynając od roku szkolnego..... od dnia..... nie będę uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej \*\*

Data .....

podpis ucznia\*\*

*\*\* wypełnia uczeń pełnoletni*

### Oświadczenie rodziców

W związku z rezygnacją z uczęszczania 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)

.....  
data

.....  
podpis wychowawcy