

## Oświadczenie o rezygnacji z uczęszczania na lekcje edukacji zdrowotnej

Imię i nazwisko ucznia.....

Klasa.....

Oświadczam, że syn/córka w roku szkolnym .....

nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej \*

Data.....

.....  
(czytelne podpisy rodziców lub opiekunów prawnych)\*

\*wypełniają rodzice ucznia niepełnoletniego

Oświadczam, że w roku szkolnym .....

od dnia..... nie będę uczestniczyć w zajęciach wychowania

do życia w rodzinie \*\*

Data.....

.....  
(czytelny podpis ucznia)\*\*

\*\*wypełniają uczeń pełnoletni

## Oświadczenie rodziców

W związku z rezygnacją z uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej,  
proszę o zwolnienie mojego syna/córki

.....  
z obecności w szkole w czasie w/w zajęć, jeśli przypadają na pierwszej lub ostatniej  
lekcji w planie. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje  
dziecko w tym czasie.

Data.....

.....  
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

.....  
(Data i podpis wychowawcy)