

.....
miejscowość, data

**Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej
(wypełnia rodzic)**

Oświadczam, że syn/córka* uczeń/
uczennica* klasy nie będzie uczęszczał/uczęszczała* na lekcje edukacji
zdrowotnej w roku szkolnym 20...../20..... .

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
..... ucznia/uczennicy* klasy
..... Szkoły Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Brzózce Stadnickiej
z zajęć edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki* z obowiązku obecności na w/w
zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji. Biorę na siebie pełną
odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* poza terenem szkoły w tym
czasie.

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

*- niepotrzebne skreślić

Uwaga! Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny.