_____
(data, miejscowość)

_____
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE

O rezygnacji z uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Oświadczam, że syn/córka*_____

uczeń/uczennica* klasy _____ **nie będzie** uczęszczał/uczęszczała* na lekcje edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 2025/2026.

_____

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego