

.....  
imię i nazwisko rodzica

..... 20 .....r.

.....  
adres zamieszkania

.....

## 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\* .....  
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.