   ………………………….,…………………………………..

Miejscowość i data

……………………………………………………………………………………………….……………

imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

……………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………….……………

adres zamieszkania

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej im. św. Jana Pawła II w Wilczkowicach**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że  mój syn / córka\*...............................................................................................................................klasa………….…..

                                                                   (imię i nazwisko ucznia, klasa)

w roku szkolnym 2025/2026 będzie / nie będzie\* uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

\*niepotrzebne skreślić

                                                                                    ..................................................................................................................................

Podpis rodzica