.......................................................................... Pogrzebień dnia ………………20............... r.

imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

..........................................................................   
adres zamieszkania

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

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach

edukacji zdrowotnej

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

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. Juliusza Ligonia w Pogrzebieniu 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.

W przypadku odstąpienia rodzica od rezygnacji należy złożyć pisemne oświadczenie w tej sprawie.