

.....
imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

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

.....
adres zamieszkania

.....

**Do Dyrektora Szkoły Podstawowej
im. ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Nowym Duninowie**

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Oświadczam, że syn/córka* uczeń/uczenica*
klasy nie będzie uczęszczał/uczęszczała* na lekcje edukacji zdrowotnej
od roku szkolnego 20...../20..... .

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
ucznia/uczenicy* klasy Szkoły Podstawowej im. ks. Kardynała Stefana
Wyszyńskiego w Nowym Duninowie 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 jest ważna na cały okres nauki w szkole. W przypadku odstąpienia
rodzica od rezygnacji należy złożyć pisemne oświadczenie w tej sprawie.