

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko ucznia:

Klasa:

Oświadczam, że syn/córka* w roku szkolnym** nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

.....
data

.....
podpis rodzica (opiekuna)

W związku z rezygnacją z uczestnictwa syna/córki* w zajęciach edukacji zdrowotnej, proszę o zwalnianie mojego syna/córki* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy odbywają się one na pierwszej/ostatniej lekcji. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki* poza terenem szkoły w tym czasie.

.....
data

.....
podpis rodzica (opiekuna)

* niepotrzebne skreślić

** Uwaga! Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny.