

.....
imię i nazwisko rodzica

..... 20r.

.....
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*
ucznia/uczennicy* klasy Publicznej Szkoły Podstawowej nr 15 im. Jana
Kochanowskiego w Wałbrzychu 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.