

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

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

.....
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
od roku szkolnego 20...../20..... .

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

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
ucznia/uczennicy* klasy Szkoły Podstawowej nr 4 im. 74 Górniośląskiego
Pułku Piechoty w Lublińcu 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.