

.....
Imię i nazwisko rodzica(opiekuna)

Kraków, dn.

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

OSWIADCZENIE
O REZYGNACJI Z UCZĘSZCZANIA NA ZAJĘCIA
EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko ucznia klasa

Oświadczam, że syn/ córka w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

W związku z powyższym proszę o zwolnienie syna/ córki z obecności w szkole w czasie ww. zajęć, jeśli przypadają na pierwsze lub ostatnie lekcje w planie. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie.

.....
Podpisy rodzica (opiekuna)

Podpis nauczyciela uczącego:

data: