

**OŚWIADCZENIE RODZICA UCZNIA NIEPEŁNOLETNIEGO
W SPRAWIE UCZĘSZCZANIA
NA LEKCJE EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Ja, niżej podpisany/podpisana*
(Imię i nazwisko)

rezygnuję z uczestnictwa mojej/mojego* córki/syna*
.....
(Imię i nazwisko dziecka, klasa)

w zajęciach edukacji zdrowotnej.

....., dnia
(miejscowość) (Podpis rodzica ucznia niepełnoletniego)

*Niepotrzebne skreślić