

OŚWIADCZENIE UCZNIA PEŁNOLETNIEGO W SPRAWIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

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

uczeń/uczennica* klasy.....rezygnuję z uczestnictwa w lekcjach edukacji
zdrowotnej.

.....,dnia.....
(miejscowość)

.....
(Podpis ucznia pełnoletniego)

*Niepotrzebne skreślić