

.....

(imię i nazwisko rodzica)

.....

(adres zamieszkania)

Chałupki, dn.....

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZESTNICTWA W LEKCJACH
EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Oświadczam, że syn/córka* uczeń/uczennica* klasy
..... Szkoły Podstawowej im. mjr. Henryka Sucharskiego w Chałupkach nie będzie
uczęszczał/uczęszczała* na lekcje edukacji zdrowotnej w roku szkolnym

.....

(data i podpis rodzica)

W związku ze zwolnieniem syna/córki*
ucznia/uczennicy* klasy Szkoły Podstawowej im. mjr. Henryka Sucharskiego
w Chałupkach 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)

* - niepotrzebne skreślić

